

Aus den Medizinischen Kliniken und Polikliniken
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktoren: Prof. Dengler, Prof. Kühn, Prof. Lasch

Meinungs- und Motivforschung in der Medizin

**Dargestellt am Beispiel einer Umfrage zum Thema:
„Wie wünsche ich mir meinen Arzt?“**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Gisela Laurisch
aus Berlin

Gießen 1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus den Medizinischen Kliniken und Polikliniken
der Justus Liebig-Universität Gießen
Direktoren: Prof. Dengler, Prof. Kühn, Prof. Lasch

**Meinungs- und Motivforschung
in der Medizin**

**Dargestellt am Beispiel einer Umfrage zum Thema:
„Wie wünsche ich mir meinen Arzt?“**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Justus Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Gisela Laurisch
aus Berlin

Gießen 1969

Dekan: Prof. Dr. H. Rettig

Referent: Prof. Dr. H.G. Lasch

Correferent: Prof. Dr. Dr. H.E. Richter

Tag der mündlichen Prüfung: 16. Dezember 1969



M e i n u n g s - u n d M o t i v f o r s c h u n g
in der M e d i z i n .

Dargestellt am Beispiel einer Umfrage zum Thema:

"Wie wünsche ich mir meinen Arzt?"

	S.
E i n l e i t u n g	1
A) Methodik und Technik der Meinungs- und Motivforschung.	7
B) Tiefenpsychologische Meinungsforschung in der Medizin (Motivanalyse).	17
1. Erläuterungen zum Fragebogen für die Interviews.	21
2. Psychologische Tests zu den Interviews.	30
3. Auswahl der Versuchspersonen zu den Interviews.	35
4. Versuchsleiter und Ort der Befragung.	38
C) Auswertung der Interviews und Tests.	39
D) Zusammenfassung der Ergebnisse.	77
E) Bedeutung der Meinungs- und Motiv- forschung für die Medizin und weitere Möglichkeiten für ihre Anwendung.	81
Anhang:	
Tiefenfragebogen	83
Graphische Darstellung zu Test I	87
Tabelle II zu Test II	88
Literaturverzeichnis	89

E i n l e i t u n g :

Schon seit jeher haben sich viele Menschen für die Frage interessiert, was denken die anderen über mich, wie verhalten sich die anderen Menschen eigentlich, wie wünschen sie, daß ich mich verhalte, wie verhalte ich mich am zweckmäßigsten, um Erfolg zu haben. "Dem Volk aufs Maul schauen" ist auch besonders dann wichtig, wenn man sich "als Einzelperson oder als Institution" weit vom Menschen und seinen Problemen und Gedankengängen entfernt hat, man aber trotzdem in irgend einer Weise von ihnen abhängt, oder auch nur mit ihnen in Beziehung steht. Standpunkte auszugleichen, einander zu verstehen, voneinander zu erfahren und zu lernen, ist ein Motiv für jegliche Diskussion. Unsystematisch geschieht das täglich zwischen allen möglichen Gesprächspartnern. Seit jeher gab es Herrscher, die sich für die Meinung des Volkes interessierten. Besonders wichtig wird diese Frage dann, wenn der Betreffende sich für irgend eine Position wählen lassen will. Durch eine berühmt gewordene Fehlprognose über die Präsidentschaftswahl in den USA 1948 wurde die Meinungsforschung weltbekannt, nachdem sich die Methode der Repräsentativumfrage seit Ende des 18. Jahrhunderts stetig entwickelt hatte. Die Fragestellung 'werde ich gewählt, bin ich erwünscht, welche Chancen habe ich', also die prognostische Frage, zieht die weiteren Überlegungen 'wenn nein, warum nicht? Was wollen die Leute? Was muß ich ändern?' nach sich. Aber nicht nur die Überlegung: 'Wie verhalte ich mich, um erfolgreich zu sein?' führt zu Meinungsbefragungen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß es klug und rationell ist, Meinungen und Wünsche der Arbeiter und Angestellten in den Betrieben zu erfahren und - wenn möglich - zu berücksichtigen, denn oft ist mit kleinem Aufwand ein Wunsch erfüllbar, der zu einer großen Leistungssteigerung führt. Jeder Mensch weiß heutzutage,

wie wichtig ein gutes Betriebsklima ist.

Durch das Wissen um die Motive, die zu einem Kauf oder Nichtkauf führen, können Millionen verdient werden. Dabei sind es oft lächerlich kleine Ursachen, die zu großen Wirkungen führen. Besonders wenn es um die Beeinflussung einer großen Anzahl von Menschen geht, ist ein größerer Erfolg durch Meinungsbefragung zu erwarten. Bei der Frage: 'Wie muß ich mich verhalten, um eine betreffende Anstellung zu bekommen?' oder 'Wie, um geheiratet zu werden', spielt die Möglichkeit, daß sich der eine betreffende Partner ganz anders als die Norm verhält, eine weit größere Rolle. Dennoch werden auch auf diesen Gebieten immer mehr Versuche gemacht, Meinungen und Wünsche in Erfahrung zu bringen und zu koordinieren.

Selbst die Kirche macht Umfragen über die Motivierungen ihrer Kirchgänger. Die katholische Kirche in Berlin-Spandau z.B. befragt demnächst systematisch ihre Besucher, weshalb sie in die Kirche gehen. Sie will dadurch lernen, wie sie besser zu helfen vermag. Nur in der Medizin in Deutschland wird der Patient nicht systematisch befragt. Der eine oder andere Arzt fragt sicher manchmal seine Patienten nach ihrer Meinung über dieses oder jenes, aber im allgemeinen haben auch solche unsystematische Fragen nach der Meinung des Patienten wenig Ansehen unter den Ärzten. Durch die noch immer rein naturwissenschaftliche Ausbildung des Mediziners und die Forderung, im Examen auch entfernteste Erkrankungen und Spezialgebiete zu kennen, bleibt diesem zunächst auch keine Zeit, um über seine Partner, nämlich die Patienten, nachzudenken.

Mancher Arzt wird vielleicht auch sagen, daß er gut und gern auf die 50 % neurotischer und psychosomatisch erkrankter Patienten verzichten kann, daß er sich schließ-

lich nicht auch noch mit diesem Gebiet beschäftigen könne. Er würde die 'rein' somatisch erkrankten Menschen behandeln, und da sei es z.B. bei einer Pneumonie ganz egal, was der Patient dazu m e i n t, er bekomme Penicillin, alles andere sei unwichtig. Die Bakterien richten sich nicht nach der Meinung des Patienten. Leider gibt es aber auch dabei gelegentlich ungünstige Verläufe, die z. B. durch eine Angst des Patienten vor Penicillin hervorgerufen werden können. Wenn der Patient z.B. fragt: "Was spritzen Sie denn da? Spritzen Sie mir Penicillin?" ist es sicher besser, nicht "Ja oder Nein" zu sagen, sondern den Gründen nachzugehen. Wenn man dann hört, daß er meint, einmal eine schlechte Erfahrung damit gemacht zu haben, meint, dagegen 'überempfindlich' zu sein, sollte man auf seine Befürchtungen eingehen, sollte man versuchen, ihm seine Ängste zu nehmen. Vielleicht ist es manchmal besser, dem Patienten nichts oder wenig zu sagen und auch nichts oder wenig über ihn zu wissen, jedenfalls ist das bequemer. Aber die Erfolge der alten Hausärzte, die gut über ihre Patienten - auch von der menschlichen Seite her - Bescheid wußten, werden viel gerühmt. Im allgemeinen ist Wissen immer besser als Nicht-Wissen.

Vor seiner Niederlassung wird wohl mancher Arzt denken: "Werde ich wohl Erfolg haben?". Aber dann wird er meist eher daran denken, ob er auch diese oder jene Krankheit richtig erkennen und richtig therapieren wird. "Richtig" heißt nach den Erkenntnissen der modernen Medizin optimal. Er wird zunächst meist weniger darüber nachdenken, wie der Patient zu ihm steht, ob er mitarbeiten wird, ob er Vertrauen bekommen wird. Dabei ist die Frage nach der Beziehung des Patienten zum Arzt nicht nur für den Erfolg des Arztes in Bezug auf die Patientenzahl von Wichtigkeit, sondern auch in Bezug auf die Heilungschancen. Es ist der Verfasserin in der Zeit ihrer medizinischen Ausbildung immer wieder aufgefallen, auch hat sie selbst erfahren,

daß die Verordnungen gewissermaßen schematisch für den "Fall", nicht aber für "Herrn oder Frau X" gegeben wurden. Patienten werden kaum befragt, wie sie zu dieser oder jener Maßnahme stehen, ob sie sie bejahen, ob sie sich ihr ungerne oder auch gern (man denke an Badekuren) unterwerfen; ob sie dieses oder jenes Hilfsgerät benutzen wollen oder nicht, geschweige denn, daß nun versucht wird, heraus zu bekommen, warum sie es nicht mögen, oder ob sie gar nur so tun, als würden sie sich fügen. Dabei hängt der Erfolg der Behandlung doch in hohem Maße von der Einstellung des Patienten ab. Aber dazu muß man die Einstellung erst kennen. Vielleicht aber haben die Mediziner mit ihrem Verhalten instinktiv das Richtige gefunden: vielleicht wollen die meisten Menschen gar nicht nach ihrer Meinung bezüglich einer Frage, die ihre Gesundheit betrifft, gefragt werden, sondern wollen lieber autoritär behandelt werden. Das ist zwar nicht wahrscheinlich, aber das herauszufinden, wäre z.B. auch eine Umfrage wert. In der hier vorliegenden Arbeit wurde eine ähnliche Frage gestreift. Es hat den Anschein, daß die meisten Menschen heutzutage, und besonders die jüngeren, ihre Meinung äußern möchten und gefragt und angehört werden wollen. Im allgemeinen wehren sich die Menschen dagegen "für dumm verkauft zu werden". Viele wollen auch, daß der Arzt nicht mehr über ihren Kopf hinweg Maßnahmen anordnet, wenn er wünscht, daß sie auch befolgt werden. In den hier vorliegenden Interviews wurde auch mehrmals gesagt, daß die Betroffenen sich heute eher trauen, den Arzt zu fragen als früher. Der Patient möchte also seine Meinung sagen und auch die des Arztes hören.

Jedenfalls wird die Medizin, und das ist die Meinung vieler Mediziner, nunmehr schon seit Jahrzehnten, auch die psychologischen und tiefenpsychologischen Erkenntnisse anwenden müssen. Bekanntlich ist das auf großen Widerstand gestoßen. Und auch heute noch wird über tiefenpsychologische Aussagen

in medizinischen Vorlesungen laut gelacht. Diese affektiven Momente können sehr schwer abgebaut werden. Wahrscheinlich aber kann das Interesse für den Menschen X, der ja unser Patient ist, für seine Meinungen und Wünsche und Verhaltensweisen sehr rasch geweckt werden, wo es nicht ohnehin da ist.

Es ist bekannt und wird auch unter anderem in dem Buch von G. Marcel "Was erwarten wir vom Arzt?" berichtet, daß besonders die jungen Medizinstudenten schroff und abweisend den Patienten gegenüber sind, daß sie sich also teilweise eine harte Schale zulegen, um sich vor ihren anflutenden Gefühlen zu schützen. Dies ist auch einer der Gründe, weshalb der Mediziner seinen "Fall" und nicht seinen Menschen behandelt. Der Mediziner möchte seinen Patienten nicht so gut kennen, um sich nicht affektiv zu binden oder subjektiv zu werden, so, wie er auch seine Angehörigen lieber vom Kollegen behandeln läßt. Der Psychotherapeut hat es gelernt, seine "Gegenübertragung" zu kontrollieren und damit zu beherrschen. Der Mediziner, der das nicht gelernt hat, hat möglicherweise unbewußte Befürchtungen, daß ihm zusätzlich zu den körperlichen Leiden nun auch noch die seelischen, jetzt also die gesamten menschlichen Leiden aufgebürdet werden und ihn selbst zu sehr belasten könnten. Diese Furcht braucht er durch die Kenntnis von Meinungen und Wünschen weniger zu haben, auch wenn es sich um tiefenpsychologische Interviews handelt, denn diese vermitteln eigentlich nur ein größeres Wissen, vermehren die Kenntnisse. Es ist damit keine Umstrukturierung der Persönlichkeit verbunden, wie sie oft durch die Tiefenpsychologie geschieht, sondern es besteht eher die Möglichkeit, einige Anregungen zu bekommen, einige Verhaltensweisen zu korrigieren oder dem allgemeinen Verhaltensniveau anzupassen, wenn man will. Man kann sich auch darauf zurückziehen, daß man sagt, in diesem speziellen Einzelfall z.B. hat man es mit einer der wenigen Personen zu tun, die

sich in diesem einen Punkt anders verhält, eine andere Meinung hat. Außerdem sind bekanntlicherweise Meinungen sehr abhängig von der Zeit - sie sind im steten Wandel begriffen - und von der Umgebung, der sozialen Struktur, den kulturellen Einflüssen. Wegen der leichten Beeinflussbarkeit der Meinungen ist es oft auch aufschlußreicher und interessanter, die dahinter stehenden Motive kennen zu lernen.

In den hier vorliegenden Interviews ist dies zum Teil versucht worden. Zum Teil handelt es sich - wegen des großen Fragenkomplexes mit den vielen kleineren Teilfragen - auch nur um die Erfassung von Meinungen, also Anschauungen, die ganz an der Oberfläche des Bewußtseins liegen.

A) Methodik und Technik der Meinungs- und Motivforschung.

Im Rahmen dieser Arbeit kann natürlich keine ausführliche Darstellung der Methodik der Umfrageforschung gegeben werden. Es sei auf die entsprechende Literatur hingewiesen. Die erste Darstellung dessen, was Motivforschung ist, stammt von Georg H. Smith, einem Psychologieprofessor und Herausgeber der Zeitschrift 'Public Opinion Quarterly' ('Motivation Research in Advertising and Marketing' bei Mc. Gray Hill Inc., New York).

Unter anderem durch das Buch von Vance Packard "The Hidden Persuaders" (deutsche Übersetzung "Die geheimen Verführer" Ullsteinbuch Nr. 402, 1957) wurde diese neue Befragungsmethode der Sozialforschung allgemein bekannt. In Deutschland hat E. Noelle-Neumann seit 1940 mehrere Arbeiten über Meinungsforschung veröffentlicht. Eine ausführliche Zusammenstellung der einschlägigen Literatur findet sich am Schluß ihres Buches "Umfragen in der Massengesellschaft" von 1963. Ihr Umfrageforschungsinstitut bezeichnet sie als "Institut für Demoskopie Allensbach". Sie bezieht sich auf Dodd, der als erster den Ausdruck "Demoskopie" in die Literatur eingeführt hat, der sich aber wenig verbreitet hat. Demoskopie ist "Ein wissenschaftliches Instrument zur Ermittlung von Fakten eines repräsentativen Querschnitts einer spezifischen Bevölkerung" (Dodd, Stuart, C.: 'Developing Demoscopes for Social Research' in American Sociological Review, Vol. 13, 1947, Seite 310 ff.).

Außerdem werden in der Praxis der Marktforschung auch Begriffe wie "Meinungsforschung, Meinungsbefragung, Befragungsforschung, Umfrageforschung, Motivforschung, Doxologie" verwendet. Diese Begriffe und auch die verschiedenen Methoden sind umstritten. Unter anderem setzt sich K.Ch. Behrens, Professor der Betriebswirtschaftslehre an der F.U. Berlin, in seinem Buch "Demoskopische Marktforschung" kritisch mit

diesen Begriffen auseinander. Zwischen Meinungs- und Motivforschung besteht insofern ein Unterschied, als die tiefenpsychologisch geschulten Motivforscher mit ihrer Methode tiefer in die Beweggründe eindringen wollen, also Ursachen, bewußte und unbewußte Strebungen, Vorstellungen, Intentionen, Einstellungen, Wünsche erfassen wollen; während mit den Methoden der nicht tiefenpsychologischen Umfrageforschung eher Tatsachen eruiert werden. Zum Beispiel hat E. Noelle mit ihrem Institut für Demoskopie 1958 eine große Umfrage gemacht über Tatsachen anlässlich Arztkonsultationen (wann der letzte Arztbesuch, wegen welcher Erkrankungen erfolgt). In der hier vorliegenden Arbeit sollen nicht an einem großen Material Fakten dargestellt werden, sondern Meinungen und Motivierungen zum Thema: 'Wie wünsche ich mir meinen Arzt' erfragt und erfaßt werden. Dabei wird in keiner Weise verkannt, daß die Registrierung des Tatsächlichen bei geeigneter Wahl eines Bezugssystems zu einer Kenntnis der inhaltlichen Bewertung führt: z.B. indem ein Verbraucher angibt, wieviel Geld er für bestimmte Waren anlegt, wertet er ihre Bedeutung und stellt eine Rangordnung, eine Wertskala der Dinge auf.

E. Dichter sagt dazu in seinem Buch "Strategie im Reich der Wünsche" Seite 72, daß die Methoden der amtlichen Statistik genügen, wenn man wissen will, wieviel Menschen sich so und so verhalten oder das und das tun. Will man aber Änderungen herbeiführen, z.B. Zahl der Ehescheidungen vermindern, die Masse bewegen, mehr Blut zu spenden, zur Wahlurne zu gehen, wohlthätiger zu sein, dem Verbraucher einen Zweitwagen zu verkaufen u.a., dann muß man mit tiefenpsychologischen Mitteln vorgehen. Seite 97: "Es wäre viel sachdienlicher, statt der Formulierung 'wieviel Miete bezahlen Sie?' die Frage zu stellen: 'Bezahlen sie denn die angemessene Mietsumme, ist sie zu hoch oder zu gering?' "Die Verkaufspsychologen suchen systematisch besonders seit Kriegsende mit tiefenpsychologischen und ge-

staltphilosophischen Methoden die Marktwirtschaft zu bereichern, indem sie die Kaufmotive, und zwar besonders solche, die im vorbewußten Bereich der Befragten liegen, transparent werden lassen. Über die Wirksamkeit dieser Methode braucht wohl nichts gesagt zu werden, wenn man Zahlen sprechen läßt. (Hier nur eine Honorarangabe: E. Dichter Anfang 1950: 500 Dollar für eine Beratung pro Tag, 25.000 Dollar für eine Untersuchung eines Verkaufsproblems.)

Übrigens - das sei hier nur kurz eingeflochten - hat der gleiche Autor, E. Dichter, in Amerika für die American Medical Association eine tiefenpsychologische Umfrage zum Thema 'Konflikt zwischen Arzt und Patient' durchgeführt. Er hat dabei nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte befragt. (Ärzteverband von Kalifornien). Es sollte ermittelt werden, wie die Beziehungen zwischen Arzt und Patient verbessert werden können, und weshalb sie sich überhaupt so gelockert hatten. Dabei fand er, daß die Ärzte der Meinung sind, Seite 277 "daß sie eines der letzten Bollwerke des Individualismus seien. Der Patient als Gegenpol will aber dem modernen Arzt diese Rolle nicht länger zuerkennen." Die Beziehung Arzt - Patient sei symptomatisch für den Konflikt zwischen Individualität und Kollektivismus.

Obiges sei an dieser Stelle wegen der Ähnlichkeit dieser amerikanischen Untersuchung mit der hier vorliegenden Arbeit erwähnt, während im deutschen Sprachbereich ähnliches nicht gefunden wurde.

Zur Methodik sei nur kurz folgendes gesagt:

Direkte Befragungen können erfolgen durch ein Gespräch, in dem Fragen in freier Form gestellt werden oder mit Hilfe eines mehr oder weniger strukturierten Fragebogens, indirekte Befragungen u.a. mit Hilfe projektiver Methoden. Zu den projektiven Verfahren gehören nicht nur psycholo-

gische Tests (TAT, Rosenzweig, Wortassoziationstest, Satzvollendungstest u.a., die man auch bei werbepsychologischen Untersuchungen verwendet), sondern auch Fragen, die dazu geeignet sind, daß der Befragte sich in die Gestalt eines anderen hinein verdeutlicht, ohne dies gewahr zu werden. Je lockerer und freier, kaum merklich geführt ein Gespräch verläuft, desto natürlicher, harmonischer und den tatsächlichen Meinungen und tiefer liegenden Motivierungen am nächsten kommend, gestaltet es sich. Deshalb geben die Motivforscher in ihren Interviewleitfäden an, daß eine "zwanglose Unterhaltung" geführt werden soll, bei der die Formulierung der Fragen dem Vl. überlassen bleibt und selbstverständlich auch die Reihenfolge geändert werden kann. Bei der Methode dieses nicht gezielten (non-direktive) Gesprächs hat sich der Vl. verständlicherweise auch jeglicher Stellungnahme und unwillkürlicher Suggestionen im allgemeinen zu enthalten. Keineswegs soll das Gefühl einer Prüfungssituation aufkommen; auch sollte es nicht so sehr ein Frage- und Antwortspiel sein. Der Vl., der möglichst wörtlich alles mitzuschreiben soll, muß sich bei den Erläuterungen der Vp. überlegen, ob diese zur Erklärung seines Verhaltens ausreichen. Dabei muß er den Probanden genau beobachten hinsichtlich Ausdruckserscheinungen, Affektbetonungen, Spontaneität der Äußerungen. Gegebenenfalls muß er weiter in die Tiefe vordringen. Bei solchen 'Intensivbefragungen' oder qualitativen Interviews - wie man sie auch genannt hat - und auch noch beim 'Tiefenfragebogen' (Depth Questionnaire = strukturiertes Tiefeninterview) sind die Anforderungen an den Vl. und den Auswertenden ungleich höher als bei Umfragen mit strukturierten Fragebogen. Die quantitative Auswertbarkeit wird leichter, je detaillierter, konkret-festgelegter, durchstrukturierter ein Fragebogen ist. Nähere Einzelheiten zur Fragebogentechnik finden sich bei Noelle-Neumann.

Hier seien nur erwähnt:

1. Offene Fragen,

bei denen im Fragebogen keine Antworten vorgedruckt sind.

2. Halboffene Fragen,

bei denen sich der Befragte entweder einer vorgegebenen Antwort bedienen kann, oder seine Antwort mit eigenen Worten formuliert.

3. Geschlossene Fragen;

der Befragte muß sich für eine vorgegebene Antwort entscheiden. Methoden der gegabelten Befragung, der Ausformulierung oder Einkleidung von Alternativen, Verwendung von Listen, Kartenspielen, Bildblättern seien hier nur erwähnt. Auf die Vor- und Nachteile, beziehungsweise die Indikation zu dieser oder jener Frageform sei hier nicht eingegangen, ebenso nicht auf psychologische Explorationstechniken: Kontaktfragen, Pufferfragen, um Halo-Effekte einzudämmen, Fragen zur Stärkung des Selbstvertrauens, der Erinnerungsfähigkeit, der Phantasie, zum Aufbau oder Abbau von Spannungen, Abbau konventioneller Schranken, provokatorische Fragen, Fragen zur Testung von Unaufrichtigkeit, Neigung zu Übertreibung usw. Aber auf etwas Grundlegendes sei noch hingewiesen: Oft verhalten sich die Menschen in Wirklichkeit ganz anders, als sie es bei einer Befragung angeben. Einmal von Mißverständnissen oder mangelnder Formulierungsfähigkeit oder Rationalisierungen oder Widerständen abgesehen, bleibt doch die Tatsache bestehen, daß eine bewußte Stellungnahme im Gespräch manchmal doch nicht mit der wirklichen Verhaltensweise des Befragten kongruent ist. Aus diesem Grunde haben einige Motivforscher auch völlig andere Methoden anzuwenden versucht, z.B. hat E. Dichter die Vpn. Situationen ausführen lassen, sie beim Einkauf im Parfümeriegeschäft beobachtet, sie beim Zigarettenrauchen gefühlt u.a. Er hat

also die Vpn. nicht nur bestimmten konkreten Situationen ausgesetzt (wie z.B. Filmvorführungen oder Anzeigen ansehen), sondern darüberhinaus Verhaltensforschung getrieben.

In der hier vorliegenden Arbeit sind keine Verhaltensstudien, sondern Befragungen mit Hilfe eines strukturierten Tiefenfragebogens und mit projektiven Tests über ärztliche Probleme gemacht worden.

Die Versuchspersonen.

Versuchspersonen = Vpn, ist ein psychologischer Terminus, der keine Degradierung oder Abstempelung des Menschen als Nummer oder als Fall beabsichtigt, der oft aber zu der Assoziation "Versuchskaninchen" geführt hat. Der Einfachheit halber aber bleibt die Verfasserin auch in dieser Arbeit bei der Bezeichnung Vp. bzw. Vpn.

Die Auswahl der Vpn. richtet sich nach dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand. Es wird angestrebt, einen möglichst repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt zu befragen, wobei auch das Ziel der Untersuchung richtunggebend ist.

Den Motivforschern wird häufig vorgeworfen (u.a. Stephan, Methoden der Motivforschung, Befragung und projektive Verfahren, S. 50 ff), daß sie der Erfordernis, "repräsentative Teilmassen" zu befragen, nicht genug nachkommen. Sie würden also lieber "irgendjemanden, der kooperationswillig ist", befragen und damit nur eine begrenzte Zahl von Fallstudien liefern, als daß sie genaue Quoten berechnen, berücksichtigen und einhalten, also ein statistisch gesichertes Auswahlverfahren anwenden, so wie es die "konventionelle Markt- und Verbrauchsforschung" seit jeher aus guten Gründen macht. Die Gründe der Motivforscher sind wirtschaftlicher, verfahrenstechnischer und psychologischer Natur. Nach der Erfahrung der Verfasserin, die über

wissen Übung, um Einfälle locker kommen zu lassen.

Der Fragenkomplex "Kranker Arzt" und "Aussehen" II) 13.-16. entstand aus den Überlegungen der Befragten der Probeinterviews, die spontan von ihrer Ambivalenz gegenüber solchen "Äußerlichkeiten" sprachen. Außerdem dürfte diese Frage eventuell interessant sein im Zusammenhang mit der Approbationsordnung für Ärzte, nach der "körperliche Gebrechen" oder "Schwäche der körperlichen Kräfte" in der Medizinalassistentenzeit nicht festgestellt werden dürfen, wenn er bestellt werden will.

Sollte es sich herausstellen, daß ein körperbehinderter Arzt in freier Praxis nicht nur durch die Behinderung benachteiligt ist, sondern auch dadurch, daß er weniger Zuspruch hat, dann ergibt sich für ihn eine Existenzfrage. Der junge, gesunde Arzt sollte vielleicht rechtzeitig an eine finanzielle Vorsorge für diesen Fall denken. Aber ob eine Benachteiligung durch verminderten Zuspruch überhaupt der Fall ist, ob auch allgemein bei uns noch das griechische Ideal vom gesunden Geist im gesunden Körper gilt, oder ob sich kranke Menschen gerade eher zu etwas kranken Ärzten hingezogen fühlen, sollte mit dieser Frage herausgefunden werden.

Den Abschluß bildet eine Frage, die im Rahmen der letztgenannten Probleme wieder etwas hinwegführt vom "Äußeren" zu dem, was die Patienten oft als entscheidender ansehen, zu dem "Persönlichen". Mancher Arzt, der Kontaktschwierigkeiten hat, oder der zwar nicht von seiner Persönlichkeit her, sondern nur durch die Tatsache, daß er nie etwas über Kontaktnahme gelernt hat, Schwierigkeiten im Umgang mit seinen Patienten hat, versucht vielleicht, durch Erzählungen über sein Privates den Kontakt herzustellen oder zu verbessern. Ob dies vom Patienten gewünscht wird, und wie es sich mit der Distanz zwischen den beiden Partnern ver-

hält, soll hier anklingen.

Nochmals sei zusammenfassend betont, daß viele Fragen bewußt weit gefaßt, wenig differenziert formuliert, allgemein, unbestimmt gehalten sind. Dadurch wird der Vp. zur Beantwortung ein weiter Spielraum gelassen, sie gerät leicht ins Plaudern, manchmal ins Phantasieren, berichtet eher für die Bedeutsames und ist nicht überfordert durch effektives Nichtbeantwortenkönnen von Fragen, wobei leicht Rationalisierungen zustande kommen oder verstandesmäßige Begründungen hinzugezogen werden, die in der konkreten Wirklichkeit des Patienten gar nicht diese entscheidende Rolle spielen, wie es hier den Anschein haben könnte.

Selbstverständlich sind hier auch nicht annähernd alle Fragen zum Thema Arzt-Patient-Beziehung berührt, auch wenn diese hochinteressant sind wie z.B. die Frage nach der ärztlichen Schweigepflicht. Ob die Ich-Du-Beziehung, die Zweierbeziehung durch die Versicherungen eine Dreierbeziehung geworden ist, ob dadurch das Vertrauen, die Hingabe des Patienten zum Arzt gestört worden ist, wurde nicht erfragt. Das aktuelle Problem, das Prof. Forssmann anläßlich der Herzverpflanzungen bewegt, nämlich ob dadurch aus der Zweierbeziehung eine Dreierbeziehung geworden ist, wurde auch nicht erfragt; ebenfalls auch nicht die Frage, ob die Patienten ihre Beziehung zum Arzt überhaupt noch als eine Zweierbeziehung empfinden, ob sie diese Vorstellung nicht schon längst stillschweigend den sonstigen Vorteilen einer Kassenversicherung geopfert haben. Diese Fragen wurden auch nicht ein einzigesmal spontan von den Vpn. im Interview oder den Vorgesprächen erwähnt. Ebenso wurde auch nicht von den prophylaktischen Untersuchungen gesprochen. Bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin in Berlin 1967 wurde erwähnt, daß "in unserer fortschrittlichen und zivilisierten Bevölkerung" vorbeugende Maßnahmen kein hohes Ansehen

dem Vl. privat gut bekannt ist, und die ihm das Interview bei Kaffee und Kuchen in gemütlicher Atmosphäre in ihrer Privatwohnung gibt, am ehrlichsten, aufgeschlossensten, lockersten, ausgeruhtesten und dergleichen ist, daß dieses also die optimalste Untersuchungsumgebung ist. Genau das Gegenteil kann der Fall sein, Ein neutraler Ort und eine völlige Unbekanntheit zwischen den beiden Partnern kann sich durchaus sehr gut auswirken, weil die Beiden dabei am wenigsten belastet sind durch ihre Kenntnis übereinander. Einige Meinungsforschungsinstitute halten solche Anonymität für gut und sehr wichtig. Es können natürlich auch - umgekehrt - zwischen den beiden Partnern wechselseitig Hemmungen bestehen, weil man sich fremd ist. Dann kann es so sein, daß der Anfang des Interviews mehr in einer Kontaktnahme besteht und inhaltlich nicht so gewichtig ist. Weniger bei strukturierten Fragebögen als bei Tiefeninterviews macht sich das bemerkbar. Jüngere Interviewer, denen also noch die Übung im Befragen fehlt, haben solche Schwierigkeiten am meisten. Aber auch bei dem ersten oder den ersten Interviews einer neuen Arbeit geht man eher mit einer gewissen Scheu oder Vorsicht zu Werke, und zwar besonders dann, wenn man als Interviewer selbst mehr affektiv beteiligt ist, also wenn man z.B. das Fragebogenschema selbst entworfen hat, oder wenn es sich um Fragen handelt, die einen aus irgendwelchen Gründen besonders interessieren. Man wird dann z.B. leichter geneigt sein, zusätzliche Erklärungen zu geben, auf Fragen zu verzichten, Fragen umzugestalten, Bestätigungen und Ermutigungen zu geben, was dann viel leichter zu einer suggestiven Beeinflussung und zu einer Manipulation der Meinungen führen kann. Aber diese psychologischen Fragen betreffen beinahe Imponderabilien. Es wird z.B. von den Motivforschern in ihren Anleitungen zu Interviews angegeben, daß der Vl. durchaus ermuntern soll, z.B. mit "aha, interessant, ja". Aber auch das kann schon bei manchen Versuchspersonen

zu einer Irritiertheit führen. Eine Vp. sagte mir das einmal direkt. Andererseits ist das Schweigen, z.B. besonders in der psychoanalytischen Therapie häufig Gegenstand vieler Überlegungen seitens des Patienten. Mancher Mensch fühlt sich leicht allein gelassen, wenn das Gegenüber keine Reaktion zeigt und verstummt dann langsam oder zieht sich auf das Notwendigste zurück.

Aus dem Wenigen, was über den Punkt der Befragungstechnik durch den Vl. hier gesagt worden ist, sieht man, wie schwierig die Erhebung eines Interviews sein kann, wenn man es möglichst optimal machen will. E. Dichter hat 1956 als Interviewer für sein bekanntes "Institute for Motivational Research" nur Diplompsychologen genommen, die gleichzeitig eine volle sechs semestrige psychotherapeutische Ausbildung hatten. Rein oder überwiegend quantitative Umfragen mit differenziert ausgearbeiteten Fragebögen, also wörtlich genau so zu stellenden Fragen, können auch weniger qualifizierte Interviewer machen. E. Noelle-Neumann nimmt dafür auch Studenten und Hausfrauen ohne Vorbildung.

B) Tiefenpsychologische Meinungsforschung in der
Medizin (Motivanalyse).

In den vergangenen Kapiteln war von Verkauf und Werbung die Rede. Da Meinungsbefragung besonders nötig ist, wenn Menschen sich im Konkurrenzkampf durchsetzen wollen, also Wirtschaft und Politik ein wichtiges Anwendungsgebiet sind, mußte dieser Aspekt im Vordergrund stehen. Der Mediziner könnte daher sagen, er wollte sich ja nicht verkaufen und nicht für sich werben. Das sei auch gar nicht standesüblich. Deshalb ginge ihn das nichts an. Meinungsforschung fördert aber nicht nur Verkauf und Werbung. Man kann der Kirche schwerlich unterstellen, daß sie Motivforschung nur aus dem Besitz- oder dem Machtstreben heraus betreibt. Sicher, man könnte sagen, sie wird dadurch in die Lage versetzt, eine Idee besser "zu verkaufen", an "den Mann zu bringen". Sie bekommt dann mehr Ansehen und mehr Macht, wenn sie es durch das Studium der Motive, die die Menschen veranlassen, zur Kirche zu gehen, und die entsprechenden Schlußfolgerungen daraus, schafft, daß daraufhin mehr Menschen Interesse an kirchlichen Fragen gewinnen. Dadurch stellt sich auch mehr Besitz ein. Aber Macht- und Besitzstreben sind nicht die einzigen Beweggründe, sondern - ähnlich wie in der Medizin - spielt hier das Liebesstreben, die Hinwendung zum anderen Menschen, das Helfenwollen eine große Rolle. So wie mancher junge Mensch sein Medizinstudium aus dem Wunsch, den anderen zu helfen, begonnen hat, so will auch die Kirche Beistand geben, besonders in seelischen Nöten, hat es aber auch bei körperlichen Nöten oft getan. Helfen aber kann man einem Menschen viel besser, wenn man weiß, was ihn bewegt und was ihm nützt. Sonst ist oft alle Hilfe vertan, auch wenn sie noch so groß ist, weil sie nicht den Kern der Sache trifft. Manch einem ist bekanntlich gar nicht damit geholfen, daß man ihn aus seiner Laube in eine komfortable Neubauwohnung verpflanzt. Andere

wiederum empfinden das als großes Glück. Es könnte auch hierbei nicht schaden, wenn man wüßte, wieviel Menschen über diese vielleicht nicht so naheliegende und interessierende Frage in der oder jener Weise urteilen. Aus der dreihundertjährigen Geschichte der Umfrageforschung soll in diesem Zusammenhang nur kurz erwähnt werden, daß 1672 eine erste Umfrage über soziale Verhältnisse veröffentlicht wurde, also nicht Werbung, Verkauf, Politik den Anfang gemacht haben.

William Petty hatte auf Reisen durch Irland Informationen über die Lebensweise der Bevölkerung gewonnen und diese erste soziographische Studie "Die politische Anatomie von Irland" genannt.

Während bei den Fragen der Verkaufspsychologen nur ziemlich am Rande des Interesses des Menschen liegende Gesichtspunkte berührt werden, handelt es sich bei den Fragen der Kirche und bei Gesundheitsfragen um existentielle. Es ist der Verfasserin aufgefallen, daß manchmal werbepsychologische Interviews über Verpackungen von Gebrauchsgegenständen oder über Anzeigen oder über die Waren selbst mit wenig Interesse, teils mit Gleichgültigkeit, teils sogar mit Ablehnung gegeben werden. Die Interviews der hier vorliegenden Arbeit wurden mit weitaus größerem Interesse gemacht. Keine der Versuchspersonen hat erklärt, daß ihn das Thema nicht interessiert. Seelische und körperliche Nöte gehen den Menschen ungleich mehr an. Sie berühren ganz andere, tiefere Schichten der Persönlichkeit. Es interessiert den Menschen viel mehr, was der Arzt gesagt oder getan hat, als was ein Verkäufer oder eine Anzeige über einen Gebrauchsgegenstand gesagt hat. Wenn es also für die Wirtschaft schon so wichtig ist, die Meinung des Käufers über Waren zu erfahren, die nie so emotional besetzt ist wie existentielle Fragen, wie wichtig muß es dann erst für jeden Menschen sein, der einem anderen hel-

fen will, zu wissen, was dieser meint. Nur so kann er ihn verstehen und bestmöglich helfen. Z.B. kann es vom Standpunkt des Facharztes für Orthopädie aus wesentlich richtiger, besser, den Fortschritten der orthopädischen Chirurgie adäquater sein, wenn er bei Lähmungen operiert, Plastiken, Versteifungen macht. Das kann für das Wohlbefinden des Patienten auch wirklich von Nutzen sein, und wird es auch in vielen Fällen sein. Hemmungen und Minderwertigkeitsgefühle können dadurch verschwinden. Das muß aber nicht so sein. Das lange Krankenlager, die sisyphosgleiche Mühe der Übungen, die psychischen Belastungen durch den Krankenhausaufenthalt, berufliche Nachteile, finanzielle Einbußen, familiäre Spannungen und Ängste können durchaus gewichtige Motive für eine Kontraindikation sein. Der Erfolg solcher Operationen wird von all diesen Faktoren mitbestimmt. Auch in Lungenheilstätten sind diese Dinge bekannt, wie überhaupt jeder Praktiker weiß, daß bei jeder Heilung, auch wenn es sich um eine noch so gut erforschte, gut therapierbare Infektionskrankheit handelt, sogenannte Imponderabilien im Spiele sind. Nur wollen manche Mediziner das nicht wahr haben. Zugegebenerweise verkompliziert sich durch die psychologischen und soziologischen Faktoren die Therapie nicht unerheblich. Manchmal aber kann durch die bessere Kenntnis über den Patienten, die unter anderem schon durch einen Satz des Patienten vermittelt wird, viel Zeit und Mühe bei anderen Untersuchungsmaßnahmen gespart werden. Der Verfasserin ist aufgefallen, daß im Medizinstudium das Erheben einer Anamnese sehr kurz und schematisch vor sich geht und viel mehr Zeit und Mühe auf die körperliche Untersuchung verwendet wird. Eigentlich gelehrt wird das Erheben der Anamnese gar nicht; ebensowenig eine Technik der Gesprächsführung am Krankenbett. Das Verhalten des Medizinstudenten zum Patienten ist nicht Gegenstand einer Vorlesung oder eines Seminars, und es wird auch nicht gewertet. Deshalb hat der Mediziner nie ge-

lernt, nie erfahren, wie entscheidend wichtig das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten ist, von welcher Bedeutung die Worte des Arztes, seine Mimik und sein Gesamtverhalten sind. In der Praxis jedoch ist das Problem von großer Bedeutung. Die Literatur zum Thema Arzt - Patienten - Verhältnis ist groß. Viele namhafte Autoren haben nun schon seit Jahrzehnten darauf aufmerksam gemacht. Z.B. Erich Stern in "Arzt und Patient in der Gegenwart" Seite 44. Der Sanatoriumsarzt fragt bei der Aufnahme des Lungenkranken nach allen möglichen Dingen, nach seiner persönlichen "Vorgeschichte", worunter die früher durchgemachten Erkrankungen zu verstehen sind; er fragt nach den in der Familie vorkommenden Fällen von Tuberkulose, aber er sucht sehr viel weniger Aufschluß zu gewinnen über die Lage des Kranken, über seine seelische Entwicklung, seine Spannungen und Konflikte, über seine Enttäuschungen, seine Ängste und Befürchtungen, seine Wünsche, seine Hoffnungen, seine Schwierigkeiten. Und doch sind diese Dinge von ungleich größerer Bedeutung für die Entwicklung und den Verlauf der Krankheit als etwa die Tatsache, daß ein Familienmitglied an einer Tuberkulose erkrankt war. Diese Tatsache kann vielleicht (durchaus nicht mit Sicherheit) Aufschluß über die Infektionsquelle geben und so eine statistische Bedeutung bei Massenerhebungen gewinnen, für die Behandlung des Kranken aber ist sie vollkommen belanglos, während ein Eingehen auf seine seelische Lage, auf seine Konflikte und Lebensschwierigkeiten für diese eine ungleich größere Bedeutung besitzt: eine Lösung der Konflikte, eine Befreiung von den seelischen Spannungen vermag, wie die Erfahrung gezeigt hat, den Verlauf der Erkrankung zu beeinflussen. Es folgen bei Stern einige Namen von Autoren mit den gleichen Erfahrungen wie Meng (Situationsdiagnose), Hübschmann, Porot, Mitscherlich.

B) 1. Erläuterungen zum Fragebogen für die Interviews.

In dieser Befragung wird den Vpn. gleich zu Anfang das Thema direkt gesagt, also nicht verschleiert, wie das sonst manchmal besonders bei Tiefeninterviews geschieht, um eine mehr unbewußte, ungesteuerte und unkontrollierte Aussage zu erhalten. Das wäre auch in dieser Untersuchung möglich gewesen, indem z.B. mit der Schilderung der Erfahrungen begonnen worden wäre. Dann hätten die Vpn. längere Zeit nicht genau gewußt, worüber sie eigentlich befragt werden. In den Probeinterviews vor der eigentlichen Befragung wurde das auch teilweise so gehandhabt. Die Vpn. schweiften dabei in die Schilderung ihrer Krankheiten und Beschwerden ab. Auch sind erfahrungsgemäß die Befragten bei solchen Geheimhaltungstaktiken stärker beunruhigt, weil sie sich vor irgendetwas Unbekanntem und Kommenden fürchten, z.B. vor intimen Fragen, die sie nicht beantworten möchten, deren Beantwortung abzulehnen sie sich aber auch nicht trauen. Ob die Vpn. durch die längere Verschleierung des Untersuchungszieles wirklich mehr oder tiefergehende Wünsche genannt hätten, bzw. ob sie die Ärzte mehr gelobt oder getadelt hätten, erscheint in diesem Fall zweifelhaft.

Aber es gibt durchaus andere Untersuchungsgegenstände, bei denen die Methode der möglichst langen Geheimhaltung des Themas bessere und richtigere Ergebnisse zeitigt.

Ferner wird in dieser Befragung eine für tiefenpsychologische Interviews recht große Anzahl von ganz verschiedenen Fragenkomplexen berührt. Insoweit kann - bedingt durch die Länge des Gesprächs - nicht so intensiv auf *e i n e* einzelne Frage eingegangen werden, wie dies bei ausgesprochen tiefenpsychologischen Untersuchungen der Fall ist. E. Dichter würde in seinen Meinungsforschungsarbeiten *e i n e* oder wenige Fragen überprüfen, die den

Vpn. als nicht dazu gehörig erscheinen könnten.

Die Wiederholung der Fragen, manchmal unter etwas anderem Gesichtspunkt oder auch nur an einer anderen Stelle im Interview, ist auch in diesem Fragebogenschema an einigen Stellen zu finden, allerdings weniger als wenn eine enger begrenzte Fragestellung zu Grunde gelegt worden wäre. Es wird z.B. die Grundfrage: "Wie wünsche ich mir meinen Arzt?" absichtlich gleich zu Anfang gestellt und dann noch einmal, nachdem über die Erfahrungen mit Ärzten berichtet wurden, die Vpn. also etwas über das Thema nachgedacht hatte. Die Anfangsaussage stellt einen eher spontanen, vorläufig ersten Einfall dar, während die Wiederholung, abgesehen von der Überprüfung der Aussage, eine mehr differenzierte, durchdachte, vielleicht aber auch eher rationale Überlegung, also weniger gefühlsmäßige Aussage darstellt. Evtl. Anfangsschwierigkeiten oder Hemmungen müssen bei der Auswertung berücksichtigt werden.

Auch die Frage nach den Wartezeiten taucht - in einem anderen Zusammenhang - zweimal auf: Zuerst [I] 2.d im Zusammenhang mit einer konkreten Arztbegegnung, dann [II] 8. losgelöst von einem speziellen Arzt, gewissermaßen mehr als eine theoretische Frage, mehr als ein von der Wirklichkeit losgelöster Wunsch. Die Frage nach der Wartezeit wurde wörtlich so gestellt, - wenn es nicht spontan berichtet wurde - um die Wichtigkeit und Bedeutung dieser Frage für den Pat. zu beleuchten, zumal diese Frage in den Probeinterviews immer auftauchte, sich also stark von allein anbot.

Einige Wiederholungen ergaben sich bei einigen Vpn. dadurch, daß sie manche Frage schon spontan vorwegnahmen. Das zeigt die Wichtigkeit der betr. Frage für die Vpn. Bei anderen Vpn. war das nicht der Fall, sie mußten direkt gefragt werden. Z.B. kamen bei der Frage,

ob man Erklärungen wünscht [II) 3.] viele Vpn. spontan auf das Thema der Erklärung bei lebensgefährlichen Erkrankungen. Andere Vpn. wurden direkt danach gefragt [II) 14.] .

Aber auch bei den Vpn., die ihre Meinung spontan geäußert hatten, wurde noch einmal direkt danach gefragt. Diese Wiederholungen zeigen, mit welcher Bestimmtheit, mit welchem Grad von Überzeugtheit die betr. Meinung vorhanden ist; ob sie also sehr variabel, schwankend, damit leicht veränderbar, oder ob sie beständig, andauernd, evtl. starr, unveränderlich ist. Es kann also damit über das Gewicht einer Aussage entschieden werden.

Auch die Frage, ob der Arzt autoritär sein soll oder darf [II) 4.a.] klingt mehrmals an [II) 3., 4.a₀) a₃, 7.] .

Bei dieser Frage ist auch noch etwas anderes zu erwähnen, nämlich: Es ist bekanntlich nicht das Gleiche, ob der Arzt autoritär sein soll oder ob er autoritär sein darf. Mit Ersterem ist ein Wunsch, eine Forderung ausgesprochen. Mit 'autoritär sein dürfen', ist schon eine negativ zu beurteilende Eigenschaft gemeint, die aber noch eben hingenommen wird. Es sind also zwei verschiedene Wertungen. Diese Frage wurde deshalb so pauschal gestellt und auch so ausgewertet, weil die Vielfalt der Fragen und die Länge der Interviews keine größere Differenzierung zuließen.

Die Frage nach der Erfahrung mit Ärzten ist nicht nur gestellt, um die Vpn. anzuregen, über das Thema nachzudenken, sich ihre eigenen Wünsche im Hinblick auf ihre Erfahrungen besser klar zu machen, sie soll auch dem Leser zeigen, wie sich Meinungen bilden aus den konkreten Erlebnissen. Also möglichst Lebensnahes soll erörtert werden, nicht theoretische Spekulationen. Die Frage nach dem ersten frühkindlichen Arztbesuch [I) 5.] ist der Technik der psycho-

analytischen Behandlung insoweit entnommen, als dort nach dem frühesten Kindheitserlebnis - natürlich schlechthin, also ohne Bezug auf den Arzt - gefragt wird. Der Grund dafür ist der, daß solchem Erlebnis besonderes Gewicht beizumessen ist, weil es die Persönlichkeit entscheidend prägt. Die erste Erfahrung im Leben ist immer gravierender als alle folgenden.

Zur Überraschung der Verfasserin übrigens ist diese noch gar nicht so alte Erkenntnis der Psychoanalyse den Versuchspersonen schon geradezu eine Selbstverständlichkeit. Die Frage stieß überhaupt nicht auf Schwierigkeiten oder Unverständnis, so daß die in Klammern im Schema beigegefügte Erklärung gar nicht gegeben zu werden brauchte. Einige Versuchspersonen sprachen einen direkten Bezug auf ihre jetzige Einstellung geradezu aus: "Das kommt von meiner schlechten Kindheitserfahrung." (Vp. 30 u.a.).

Der Fragenkomplex [II) 3., 11., 12., 13.] "Erklären Ärzte zu wenig?" ist hier im Grunde nur gestreift worden, trotz des großen Interesses, das er z.Zt. genießt. Er wurde u.a. auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin in Berlin, Mai 1967, erörtert. Er könnte als alleiniges Thema einer Befragung dienen. Es müßte z.B. unbedingt, wenn man irgendetwas Konkretes darüber aussagen wollte, genau nach dem Umfang der Erklärungen gefragt werden, auch genau nach den Schwerpunkten dessen, was interessiert. Diese Frage ist also noch nicht einmal an der Oberfläche des Bewußten ausreichend beantwortet, geschweige denn, daß die tiefenpsychologischen Anteile der Person erfaßt werden konnten. Es sollte eben auch hiermit nur mehr ein erster Eindruck gegeben werden über das, was man erschaffen kann.

In diesem Zusammenhang sei noch auf ein anderes psychologisches Faktum hingewiesen. E. Noelle schreibt in ihrem

Buch "Umfragen in der Massengesellschaft" Seite 87, daß Interviewer das mitschreiben "was sie erwartet haben". Das ist oft der Fall, und zwar ohne daß den Interviewern das bewußt wird. Ebenso bleibt aber manchmal - das kann auch beim Lernprozeß der Fall sein - etwas sehr Fremdes, Unbekanntes, Bemerkenswertes besser im Gedächtnis haften, als etwas Bekannteres, Naheliegenderes. Wenn die Verfasserin dieser Arbeit nicht genau die Zahl der Antworten ausgezählt hätte, dann wäre ein Fehlurteil eingeschlichen. Vl. hatte erwartet, jeder würde sagen, die Ärzte erklären zu wenig. Umso erstaunter war sie, als einige Versuchspersonen sagten: "Nein das finde ich nicht, daß die Ärzte zu wenig erklären." Jedesmal, wenn eine Vp. das sagte, blieb es der Vl. so stark im Gedächtnis haften, daß sie zum Schluß den Eindruck hatte, diese Meinung hätten sehr viele Versuchspersonen vertreten. In Wirklichkeit waren es nur fünf der Befragten (1/6), von denen einer hinzusetzte "vorausgesetzt, man fragt", er also auch keine spontane Aufklärungsbereitschaft meinte. Ein Beispiel dafür, wie wichtig ein Wort in der Frage sein kann, ergab sich - und das sei hier vorweggenommen - bei der Formulierung "verlangen Sie Erklärungen ...". Das Wort "verlangen" wurde mehrfach als Forderung aufgefaßt. Die Versuchspersonen sagten: "Verlangen kann man natürlich nicht". Daraufhin wurde gefragt, ob "Erklärungen erbeten werden".

Manche Frage mag vielleicht dem Leser weit hergeholt erscheinen, z.B. die Frage nach dem weißen Kittel [II) 4.0₃] oder nach dem Liegen, Sitzen, Stehen [II) 6.]. Man denkt vielleicht: "Das ist eine Äußerlichkeit" oder "das wäre eigentlich sehr bequem, wenn die Patienten den weißen Kittel gar nicht wollen, denn seine Reinigung macht viel Mühe, praktisch ist er nicht, und überflüssig ist er meistens auch, unnütz warm ist er im Sommer usw.". Sicher können Interviews auch einige leicht zu befolgende Ratsschläge geben, was durchaus nützlich sein kann; aber man

kann manche Fragen - z.B. auch diese - noch von einem tiefergehenden Gesichtspunkt her betrachten. Mit dem weißen Kittel und dem Untersuchungsbett ist viel an Erfahrungen der Vp. mit dem Arzt, evtl. auch Symbolik verknüpft. Oder spielt der weiße Kittel beim Arzt heutzutage keine Rolle mehr, da er auch vom Verkäufer und vielen anderen Berufsklassen getragen wird? Auch hierbei hängen die Ergebnisse von der Formulierung ab. Die Formulierung "darf er nur im weißen Kittel sein", zieht in seiner Ausschließlichkeit fast die Antwort "nein" nach sich. Deshalb ist wenig darüber ausgesagt, ob er im weißen Kittel sein sollte, ob man ihn so wünscht. Das trifft besonders dann zu, wenn man nur das zahlenmäßige Ergebnis betrachtet, wenn man nicht den Text dazu liest, die Erläuterungen und die Bemerkungen.

Ein weiterer, großer Fragenkomplex betrifft das Krankenhaus, er ist hier unberücksichtigt geblieben. Mit der Frage "Wünschen Sie sich im Krankenhaus den Chefarzt mit großem Gefolge an Ihrem Bett ...?" [II] 4._b], die mehrmals in den Probeinterviews spontan von seiten der Befragten behandelt wurde, sollte hier nur noch eine Seite der Gesamtfrage "Arzt als autoritäre, anonyme Macht, als gewaltiger Zauberer, Patriarch oder dergl. oder als einzelner Mensch, gewissermaßen wie Du und Ich" behandelt werden.

Ein Gebiet, das die Verfasserin besonders interessiert, ist das der Informationsmöglichkeiten über den Arzt, den man als Patienten konsultieren möchte [II] 9.]. Da der Patient wenig Informationsmöglichkeiten hat, kann er manchmal auch nur wenig darüber sagen. Dennoch, das sei vorweggenommen, ergaben sich einige interessante Gesichtspunkte. Manchen Menschen allerdings fällt es schwer, ihre Phantasie frei schweifen zu lassen. Sie brauchen dazu eine noch entspanntere Situation als diejenige, die sich im allgemeinen bei Interviews einstellt. Sie bedürfen auch einer ge-

250 Motivforschungsarbeiten für verschiedene in- und ausländische Institute seit 1955 durchgeführt hat, geht das Bestreben der Motivforscher aber immer dahin, möglichst repräsentativ zu sein. Es mußten bei jeder Befragung Quoten eingehalten werden, zu mindest betreffs Geschlecht, Alter, Schicht, meist auch Beruf, Ausbildung, Einwohnerzahl des Wohnortes, Einkommen, Kinderzahl, Haushaltsgröße, Wohnverhältnisse und anderer Merkmale, die für die spezielle Fragestellung wichtig sind.

Da die Einhaltung der Quoten auch von den Möglichkeiten und von der Ehrlichkeit der einzelnen Interviewer abhängt, ist die Repräsentativität oft nicht ganz gewährleistet. Daher wird gefordert, daß die Ergebnisse nicht willkürlich generalisiert oder als absolut gültige Grundlage für absatzpolitische Maßnahmen hingestellt werden. Es soll hier nicht weiter auf die Frage der Repräsentanz eingegangen werden. Auf die diesbezüglich umfangreiche Literatur sei hingewiesen (Behrens, Noelle-Neumann, Stephan, Dichter, Smith u.a.).

Hier sei nur noch erwähnt, daß bei solchen Befragungen vermieden werden muß, die Vpn. zu überfordern. Da ja auch Personen befragt werden sollen, die geistig weniger trainiert sind, müssen die Fragen nicht nur einfach und verständlich formuliert sein, sondern man muß auch sehr auf die Länge des Interviews achten. Durch Übermüdung können Aussagen verfälscht werden. Außerdem sollte man sich die Vpn. auch für künftige Umfragen erhalten. Die Verfasserin hat einen Kreis von Personen, die ihr immer wieder einmal - manche schon seit 12 Jahren - Interviews über die verschiedensten Themen geben. Eine solche Art Panel zu haben, hat nach Meinung der Verfasserin den Vorteil, daß diese Vpn. sich im Laufe der Zeit immer gelockter und ungehemmter äußern und auch rascher verstehen, was jeweils gemeint ist. E. Noelle setzt sich in ihrem Buch "Umfragen

in der Massengesellschaft" ausführlich mit den Vor- und Nachteilen häufiger Befragung der gleichen Vpn. auseinander.

Ebenso nimmt sie auch Stellung zum Problem der Dauer eines Interviews: "Indem man Fragen h i n z u f ü g t , kann man ein Interview psychologisch verkürzen." Im allgemeinen sollte man zwei Stunden nicht überschreiten. Aber man kann eigentlich keine feste Zeit angeben. Manches Interview kommt den Vpn. kurz vor, obgleich es lange dauert, eben weil es interessant und abwechslungsreich ist, es Spaß macht. Andernfalls kann schon eine halbe Stunde zu lang sein.

Versuchsleiter und Ort der Befragung.

Versuchsleiter (=Vl.) und Ort der Befragung müssen in Betracht gezogen werden besonders dann, wenn die Ergebnisse durch andere Umfragen überprüft oder ergänzt werden sollen. Die Aussagen einer Vp. können sich durch diese Faktoren verändern. Wenn z.B. einer Vp. der Vl. privat bekannt ist, bedeutet dies etwas anderes, als wenn er ihr nur beruflich bekannt ist oder gar völlig fremd ist. Ebenso ist es mit dem Ort, an dem die Umfrage stattfindet. Es muß z.B. gesagt werden, ob es ein neutraler, dritter Ort ist, z.B. ein Schulraum oder ein Café oder eine Bank im Park, oder ob das Interview in der Häuslichkeit des Befragten oder an seinem Arbeitsplatz stattfindet. Gleiche Versuchsbedingungen oder wenigstens annähernd gleiche sind hier - wie in der Naturwissenschaft sonst auch - bei vergleichenden Untersuchungen anzustreben. Bei der Auswertung der einzelnen Interviews gehen sie - gewissermaßen als Imponderabilien - mehr unberücksichtigt mit ein; denn selbst bei ausführlicher tiefenpsychologischer Analyse dürfen Rückschlüsse hieraus schwierig zu ziehen sein. Man kann nämlich durchaus nicht sagen, daß eine Vp., die

genießen. Die Gründe dafür könnten erforscht werden, indem man z.B. fragt - und das tut man in der Motivforschung gern und viel, auch um Projektionen zu erhalten - "Welche Menschen gehen Ihrer Meinung nach am ehesten zum Arzt?". Die Vpn. sollen dann versuchen, diese Menschen zu charakterisieren, und zwar z.B. nach Geschlecht, Alter, Familienstand, Einkommen, Beruf, Konstitution, Erkrankungen und auch psychischen Eigenschaften. Sie geben auch eine Bewertung dieser Menschen. Die Antworten könnten dann so lauten: "Am meisten gehen zum Arzt Hypochonder; alte Tanten, die zuviel Zeit haben; Rentner, die sich aufwärmen wollen; Nörgler; Leute, die bloß ihre Krankenkasse ausnützen wollen" etc.

Mit diesen Aussagen würden gleichzeitig, ohne daß die Befragten das durchschauen, Motivierungen für die Ablehnung der vorbeugenden Untersuchung gegeben werden. Umgekehrt könnte es auch herauskommen, daß ein vorbeugender Arztbesuch durchaus hohes Ansehen genießt. Sollten die Leute trotzdem keine vorbeugenden Arztuntersuchungen durchführen lassen, so müßte nach anderen Gründen geforscht werden. Vielleicht käme dann heraus, die Leute seien der Meinung, das sei zwar sehr schön, aber es käme doch nichts dabei heraus, weil die Ärzte sich nicht genügend Mühe geben würden, nicht genügend Zeit dafür übrig hätten. Über diesen Gedanken soll nicht noch weiter spekuliert werden, es sollte nur auf einige andere Untersuchungsthemen hingewiesen werden.

B) 2. Psychologische Tests zu den Interviews.

Test I ist - wie gesagt - eigentlich nur eine Rangliste. Sie stellt eine sehr direkte, eng begrenzte Frage nach der Wichtigkeit einiger Eigenschaften dar, die vorgegeben sind. Die Auswahl dieser Eigenschaften wurde aus Aussagen in den Probeinterviews und aus eigenen Vorstellungen getroffen. Es wurden 12 Eigenschaften gegeben. Selbstverständlich könnten auch mehr oder weniger Eigenschaften, oder auch andere Eigenschaften angeboten werden. Abgesehen davon, daß eine Rangliste der Wichtigkeit dieser Eigenschaften aufgestellt werden kann, dient dieser Test auch zur Überprüfung der Aussagen der Vpn. Wenn sich Diskrepanzen zwischen im Gespräch erwähnten Eigenschaften und der Bewertung im Test ergeben, so muß den Gründen nachgegangen werden. Alle möglichen Ursachen hier zu nennen, würde zu weit führen, aber man kann 2 Gruppen unterscheiden: 1. Ursachen, die in der Vp. selbst liegen, also generelle Widersprüchlichkeiten. 2. Äußere Ursachen, die nur durch die bestimmte Fragestellung zutage treten, z.B. Ermüdung, Mißverständnisse, Revision der Meinung durch längere Beschäftigung mit der Materie, Überwindung anfänglicher Hemmungen, Rationalisierungen.

Der Test I ist absichtlich ziemlich an den Anfang des Interviews gestellt worden, also nach der Wiederholung der Frage nach dem Wunschbild und nachdem Vp. über die Erfahrungen mit Ärzten gesprochen hat (nach II) 1.d.]].

Der Test sollte auch im Sinne einer Belebung der Interviews wirken, was aber, wie sich rasch herausstellte, nicht nötig gewesen wäre.

Test II, ebenfalls eine Liste, bietet auch Eigenschaften an, die aber jeweils ein Gegensatzpaar darstellen. Außerdem wird gefragt, wie der Betreffende den Arzt als Menschen sieht. Hier wird also keine Rangliste der Wertungen wie

in Test I aufgestellt, wohl aber wird innerhalb des einzelnen Gegensatzpaares vom eher "Positiven" zum eher "Negativen" hin gewertet, wobei jedes Gegensatzpaar symmetrisch um eine Mitte geordnet ist. Es wird der Vp. erläutert, daß ein Kreuz bei 1 z.B. "ausgesprochen extrem Denker" heißt, ein Kreuz bei 2 "eher Denker" bedeutet, ein Kreuz bei 3 bedeuten kann "weder noch, sowohl als auch, unentschieden", ein Kreuz bei 4 "eher Praktiker", eines bei 5 "ausgesprochen extrem Praktiker" bedeutet. Man hätte natürlich auch mit geraden Zahlen die Versuchspersonen veranlassen können, sich eindeutig für das eine oder das andere Extrem zu entscheiden. Mit der 3 "weder noch, sowohl als auch, unentschieden" gab man einen Freiheitsgrad mehr. Das tut man im allgemeinen bei Untersuchungen, die eine bestimmte Fragestellung erst umkreisen, sie weniger einengen sollen. Dies erschien bei einer ersten, so weit gefaßten, mehr allgemein-informativischen Untersuchung angebracht.

Mit Ausnahme des ersten Gegensatzpaares (Denker-Praktiker) sind es mehr positive Eigenschaften, die links, und eher negative Eigenschaften, die rechts stehen. Als erstes Gegensatzpaar ist deswegen eine mehr wertfreie Eigenschaft gewählt worden, um den Eindruck "hie Positives, hie Negatives" nicht von vornherein so deutlich werden zu lassen. Das sollte etwas verschleiert werden, um nicht so sehr Bewußtes als mehr Unbewußtes zu erfahren. Die Vp., die schlechte Erfahrungen und Ärger hatte, sollte nicht unbedingt Gelegenheit bekommen, nun hierbei von vornherein sagen zu können "jetzt kreuze ich nur Negatives an".

Test III: Die Befragten sollen sich eine Geschichte ausdenken, warum einer nicht Arzt geworden ist, der es werden wollte. Vielleicht wären mehr Gründe genannt worden, wenn die Frage gelautet hätte, warum der eine Arzt sehr erfolgreich wird, der andere nicht. Über charakterliche oder menschliche Qualifikation wird - das sei vorwegge-

nommen - hier, also bei der Frage nach den Gründen für den Abbruch des Studiums, wenig gesagt. Das entspricht aber auch den Tatsachen; denn im Medizinstudium bleiben ja noch so positive menschliche und charakterliche Eigenschaften unberücksichtigt; es kommt schließlich allein auf die Wiedergabe einer möglichst großen Wissensmenge an. Das scheint auch ganz richtig im breiten Publikum bekannt zu sein. Es wird jedenfalls - durchaus realitätsgerecht - kaum gesagt, er scheitere, weil er als Mensch mit Patienten nicht umgehen könne.

Test IV Satzvollendungstests sind altbekannte, weit verbreitete projektive Tests. Hier sollen fünf unvollendete Sätze zum Thema "permanente Berufstätigkeit oder auch angemessene Freizeit für den Arzt" zu Ende geführt werden, ohne daß die Befragten lange überlegen sollen. Der erste Einfall, auch wenn er als nicht treffend o.ä. bezeichnet wird, soll gesagt, bzw. hingeschrieben werden, so daß sich in dieser Spontaneität Unbewußtes darstellt und - ähnlich wie im Assoziationstest - mögliche Affektbeladenheit bei einer Frage deutlich wird. Zögern, Stocken, Pausen, Versprechen, Widersprüche sind hier - wie auch sonst immer - von besonderer Wichtigkeit.

Den Abschluß des Ganzen bildet ein unvollkommener Satz, der - im Sinne einer Auflockerung - etwas ganz anderes beinhaltet. Es soll die Automarke genannt werden, die der Arzt wohl fährt. Übrigens - das sei hier vorweggenommen - wird 16 mal Mercedes gesagt. Diese Frage könnte in mehrfacher Hinsicht ausgewertet werden, besonders dann, wenn noch andere Assoziationen als nur die Marke allein erbeten wären. So kann z.B. eine Typisierung des Befragten bzw. des Arztes versucht, die Motivierungsfrage und die Prestigefrage untersucht werden. Das wurde bereits des Öfteren untersucht, und zwar besonders in Amerika, u.a. E. Dichter 1939/40 über den Plymouth "Die Psychologie

des Autokaufes". Ausführende: Forschungsabteilung J. Stirling Getchell Inc., Anhang II in "Strategie im Reich der Wünsche" Econ-Verlag Düsseldorf 1961. Übrigens sei zur Prestigefrage, die ja in dieser Arbeit nicht zur Sprache kam, gesagt, daß nach einer Umfrage des Allenbacher Instituts (Institut für Demoskopie Allensbach, Prof. E. Noelle-Neumann) der Arztberuf in Deutschland ein sehr hohes Ansehen genießt.

Wie im Kapitel "Erläuterungen zum Fragebogen für die Interviews" muß noch einmal betont werden, daß, um die Versuchspersonen nicht zu überfordern, hier auch nicht annähernd für alle Arten von Tests Beispiele gegeben werden konnten. Z.B. ist kein einfacher Wortassoziationstest und kein Bildertest (z.B. die beliebten und häufig verwendeten Bilder in Anlehnung an den TAT oder den Rosenzweigtest) verwendet worden. Ein Wortassoziationstest mit dem Wort 'Doktor' als Stimulus - neben 99 anderen Worten - ist in Amerika von Kent und Rosanoff 1000 Personen gegeben worden (Rosanoff, A.J. 'Manual of Psychiatry' 7. Aufl., zitiert nach G.H. Smith Motivation Research in Advertising and Marketing, Seite 104). Es sollten die ersten 4 Worte gesagt werden, die der Vp. einfallen. Die üblichsten Antworten sind: Arzt (213), Medizin (149), Krankheit (104), Mann (68) und krank (52). An angenehmen Assoziationen ergaben sich 102. Hierzu gehören: besser, nett, Leben, Erleichterung, tüchtig, klug und gut. Wahrscheinlich angenehme Assoziationen können 18 gezählt werden. So machen die angenehmen und wahrscheinlich angenehmen Assoziationen zusammen 120 aus.

Ausgesprochen unangenehme Assoziationen ergaben sich 32. Dazu gehören: Leiden, Rechnungen, Schlächter, Tod, Krankheit, Schmerzen und nutzlos (z.B. Arbeit, Geld, Pillen), die w a h r s c h e i n l i c h unangenehm sind. Wenn wir krank, Krankheit, Medizin und Arzneien zu den Assoziationen mit unangenehmer Bedeutung hinzurechnen, so erhöht

sich die Zahl auf 343. Das ist 3 mal soviel wie die Zahl der angenehmen Assoziationen. Man kann weitere Vergleiche machen. Es antworteten nur 19 Leute mit "Gesundheit oder gut," während 182 "krank oder Krankheit" angeben. Weitere 169 antworteten "medizinisch, Medizin, Arznei oder Pillen".

Vor einer öffentlichen Aufklärungskampagne können Informationen dieser Art, die auf verschiedenen Tabellen von Antworten aufgebaut sind, sich als außerordentlich wertvoll erweisen. Wir bekommen eine Vorstellung von dem, was die Leute mit dem Begriff "Doktor" assoziieren und können entscheiden, ob wir diese Vorstellung verstärken, oder ob wir versuchen wollen, sie zu ändern.

B) 3. Auswahl der Versuchspersonen zu den Interviews.

Die einzige Voraussetzung dafür, wer interviewt werden konnte, war zunächst die Frage, ob der Betreffende über Erfahrungen mit Ärzten verfügte, womit nicht gesagt werden soll, daß es nicht interessant sein könnte, Personen zu befragen, die keine Erfahrungen haben, die also ein reines Wunschbild bieten. Da hier in unserem Kulturbereich z.Zt. wohl fast jeder Erwachsene Erfahrungen mit Ärzten hat, ist von diesem Gesichtspunkt her die Befragtenmasse homogen. Die Gesamtmasse derjenigen, die unter der Voraussetzung zu befragen möglich ist, ist also sehr groß. Da ein einziger V1. natürlich keine große Zahl von Versuchspersonen befragen kann, erhebt die Verfasserin auch keinen Anspruch auf Repräsentanz. Es wird also keine absolut gültige oder endgültige Aussage gemacht und auch nicht angestrebt, - das sei hier vorweggenommen -. Ziel der Untersuchung ist - wie gesagt - Wege und Möglichkeiten für Motivforschung in der Medizin zu zeigen.

Es wurden 30 Versuchspersonen befragt, davon knapp zwei Drittel weibliche und gut ein Drittel männliche (19:11). Ausgehend von der Überlegung, daß mehr ältere als jüngere Leute zum Arzt gehen, wurden nur 5 Versuchspersonen im Alter bis zu 30 Jahren (1/6), 11 Versuchspersonen im Alter zwischen 30 und 50 Jahren (1/3) und 14 Versuchspersonen über 50 Jahre (knapp 1/2) befragt. Des weiteren ist in der Statistik zu jedem Interview der Familienstand, die Zahl der Kinder, der Beruf, die Ausbildung und das Einkommen angegeben. Von Interesse erschien für die Untersuchung dieses Themas noch die Frage nach der medizinischen Diagnose. Es war kein akut Erkrankter, kein Bettlägeriger dabei, wohl aber chronisch erkrankte Patienten mit chronischen Restzuständen, Körperbehinderte, Patienten mit mehr organischen Störungen und solche mit mehr psychosomatischen Störungen und mit Psychoneurosen, kein an einer

lebensgefährlichen Krankheit Leidender, wohl aber ein "Zustand nach Hautkrebs" und ein "Zustand nach Melanom". Hier interessierte besonders die Frage nach der "Wahrheit wissen wollen bei lebensgefährlichen Erkrankungen" [II) 13.]. Die in der Statistik angegebenen Diagnosen stammen z. T. aus ärztlichem Mund direkt, ärztlichen Bescheinigungen und Gutachten, z.T. sind es psychologisch-medizinische Diagnosen, die die Verfasserin auf Grund ihrer Kenntnis über die Vpn. und auf Grund von Aussagen der Vpn. stellen konnte. Eine Vp. befand sich in psychologischer Behandlung bei der Verfasserin vor Beginn einer Psychotherapie. Der Wohnort wurde hier nicht aufgeführt. Es handelt sich um Kurgäste des Sanatoriums Küppelsmühle in Bad Orb und um Versuchspersonen aus Berlin. Man könnte natürlich eine ganze Untersuchung darüber machen, ob und welche Unterschiede in den Meinungen der Stadt- und der Landbevölkerung oder der verschiedenen Landsmannschaften, bezüglich unserer oder einer unserer Fragen bestehen.

Bei zwei Versuchspersonen wurden keine Personalialia angegeben, da es sich um Kollegen handelt. Zwar waren diese ganz und gar bereit, daß alle genannten Angaben und ihre Meinungen wörtlich veröffentlicht werden, aber die Verfasserin wollte sich nicht unnütz dem Tadel aussetzen, den die Motivforscher manchmal hören mußten, daß sie ungebeten in die Intimsphäre eindringen und diese auch noch ausführlich darstellen. Es wurden in dieser Untersuchung auch nicht eigentlich "intime Fragen" gestellt, trotzdem können natürlich gerade bei diesem Thema recht "intime Dinge" dabei herauskommen. Aus diesem Grunde wurde auch jeder Vpn. gesagt, daß die Untersuchung anonym sei. Übrigens fragte aber keine Vp. spontan danach. Die beiden Versuchspersonen, von denen keine Daten angegeben werden, sind aber bezüglich Geschlecht und Alter in der angegebenen Gesamtzahl enthalten.

Alle Versuchspersonen wurden vordem gefragt, ob sie ihre Meinung zu dem Thema: "Wie wünsche ich mir meinen Arzt" sagen würden. Die meisten waren bereit, einige waren sehr interessiert, einige waren zunächst ambivalent. Wie das bei diesen Umfragen vorher oft ist, hatten einige Bedenken, ob sie zu dem Thema genug wüßten. Die meisten Versuchspersonen erklärten nachher, daß es ihnen Freude gemacht habe, einige erklärten dies spontan, andere auf Nachfrage, wobei dies oft als ehrlich gemeint angesehen werden kann. Einige, besonders übrigens junge Versuchspersonen, meldeten zu Beginn bzw. vor der Untersuchung Bedenken an, wozu so etwas denn gut sei. Vp. 30 meinte: "Glauben Sie denn, daß das die Ärzte interessiert, daß sie darauf was geben?". Bei diesem Befragten stellte sich dann heraus, daß er Angst hatte, er könnte das Interview "nicht gut genug machen". Er sah es als Prüfung an, wovor er stets große Angst hatte. Er hatte übrigens noch nie ein solches Interview durchgeführt. Am Schluß war er so aufgeschlossen, daß er noch weiter redete. Gespräche nach Beendigung des Interviews, also wenn nicht mehr mitgeschrieben wird, sind oft sehr instruktiv, weil die Vp. dann sich freier fühlt. Deshalb ist V1. dazu übergegangen, stets noch im Anschluß daran - für die Vpn. dem Anschein nach "so rein privat" - über das Thema etwas zu sprechen. In unklaren Fällen provoziert V1. dabei dann manchmal sogar mit einer eigenen Meinung. In der psychoanalytischen Behandlungstechnik wird aus gutem Grund besonderer Wert gelegt auf Äußerungen des Patienten bei der Verabschiedung an der Tür. Manches, was bisher verborgen geblieben ist, wird dann noch gesagt, wobei es dem Patienten natürlich oftmals gar nicht bewußt ist, was er damit beabsichtigt. Solche "nachträglichen" Bemerkungen wurden hier in die Interviews eingebaut oder für die Charakteristik verwendet.

B) 4. Versuchsleiter und Ort der Befragung.

Die Verfasserin ist gleichzeitig die alleinige Versuchsleiterin. Sie war einigen Versuchspersonen vordem mehr oder weniger bekannt, einem Teil als Medizinerin, einem anderen Teil als Psychologin, wieder anderen als beides.

Im Sanatorium in Bad Orb war Vl. den Vpn. als dort angestellt bekannt. In Berlin war Vl. aus freier Praxis und als Privatperson bekannt.

Der Ort der Untersuchung in Bad Orb war ein Dienstzimmer, der Ort der Untersuchung in Berlin die private Wohnung bzw. das Behandlungszimmer in der Wohnung der Vl. Ein weiterer größerer Teil wurde in der jeweiligen Wohnung der Vpn. befragt, eine Vp. an ihrem Arbeitsplatz in der Mittagspause (Krankengymnastin).

C) Auswertung der Interviews und Tests.

Bei der Eingangsfrage:

A) "Wie wünsche ich mir meinen Arzt?", die also bewußt weit gefaßt und wenig differenziert ist, hatten die Vpn. viele Möglichkeiten zur Beantwortung. Sie sollten zunächst erst einmal frei, möglichst ungelenkt, kurz über dieses Thema sprechen. Im allgemeinen wurden Eigenschaften, Beobachtungen, Feststellungen und natürlich Wünsche spontan genannt. Einige wenige Vpn. fanden die Frage schwierig und wollten sich nicht so global äußern. Sie wollten lieber "Fragen gestellt bekommen". Auf Ermunterung hin äußerten diese Vpn. dann auch einige Wünsche mit Ausnahme von Vp. 23. In wenigen Fällen (Vp. 6, 25) berichteten die Vpn. schon hier von ihren Erfahrungen und Erlebnissen mit Ärzten. Sie nahmen also schon gewissermaßen spontan die folgenden Fragen vorweg. Sie wurden natürlich nicht daran gehindert, da hier alle ersten Einfälle unreflektiert und locker ausgesprochen werden sollten.

Es wurden viele Eigenschaften genannt, von denen einige zu Gruppen zusammengefaßt werden konnten, weil sie, wenn auch manchmal etwas unterschiedlich formuliert, den gleichen oder einen ähnlichen Sinn hatten. Die 6 genannten Eigenschaften und Eigenschaftsgruppen sind in Tab. I zusammengefaßt. S.n.S. Bei der Eigenschaftsfrage A) stand der Wunsch, der Arzt möge ausreichend Z e i t haben, im Vordergrund (Zeit für ein ausreichendes Gespräch, Anamnese, Untersuchung. Sich-Zeit-nehmen für den Patienten). 14 mal wurde das Wort "Zeit haben" direkt ausgesprochen, davon 4 mal in Zusammenhang mit "zuhören können", also "einen ausreden lassen", "Zeit zum Zuhören haben". "Zuhören können" ohne daß der Zeitfaktor dabei erwähnt wird, wird übrigens auch noch 6 mal genannt.

TABELLE I

	A)	II) 1.	Summe: aus A + II) 1.
1. Großes Wissen und Können, fachliche Qualifikation, guter Diagnostiker	9	15	24
2. Sich Zeit nehmen, Zeit zu ausreichender Anamnese und Untersuchung, zum Gespräch	14	12	26
3. Kontaktnahme, aufgeschlossen, leutselig sein, persönlicher Kontakt, warm werden können, menschlich sein	6	12	18
4. Sich Mühe geben, bemüht sein, helfenwollen, überhaupt etwas tun	4	7	11
5. a) Interesse haben für den kranken Menschen	3	7	10
b) Interesse haben für Krankheiten	2		2
6. Freundlich sein	3	7	10
7. Sachlich sein	2	6	8
8. Vertrauen erwecken, daß man Zutrauen bekommt	9	6	15
9. Ruhe behalten	6	5	11
10. Zuhören können, einen ausreden lassen	6	5	11
11. Die Wahrheit sagen, offen und ehrlich sein	5	5	10
12. Vorsichtig, besonnen sein, nicht voreilig	1	4	5
13. Zuverlässig, gewissenhaft, gründlich sein, erst gründlich unterhalten und untersuchen, dann erst Medikamente geben	3	4	7

	A)	II) 1.	Summe: aus A + II) 1.
14. Energisch, tatkräftig sein, rasch handeln, Führungsqualitäten haben, Verantwortung auf sich nehmen	2	4	6
15. Daß man keine Nummer (Karteikarte, kein Fall) ist	3	4	7
16. Nicht arrogant sein oder vornehm tun	1	4	5
17. Sanft		3	3
18. Nicht bagatellisieren, verharmlosen, einen Ernst nehmen		3	3
19. Seelsorger, Seelisches heilen, Seelisches sehen	1	3	4
20. Verständnisvoll und taktvoll, sich einfühlen	4	3	7
21. Nicht nur eigene Interessen (Krankenschein) verfolgen	2	2	4
22. Höflich		2	2
23. Gutmütig, Güte haben		2	2
24. Anständig sein, moralische u. religiöse Bindungen haben	1	2	3
25. Soll erklären	5	2	7
26. Soll nicht autoritär sein	1	2	3
27. Soll nicht süchtig sein		2	2
28. Soll Hausbesuche machen	1	2	3
29. Soll streng und konsequent sein		2	2
30. Soll nicht streng sein		1	1
31. Humorvoll sein		1	1
32. Pünktlich sein		1	1

	A)	II)1.	Summe: aus A + II)1.
33. Überhaupt Medikamen- te verordnen, u.zw. nicht nur die gängi- gen Mittel		1	1
34. Nicht nur durch Me- dikamente helfen wollen, sondern durch sein Verhalten		1	1
35. Gleiche Medikamente verschreiben wie an- dere Ärzte u. gleiche Diagnose stellen, er- weckt Vertrauen		1	1
36. Mut machen, Zuspruch, Rat erteilen	1	1	2
37. Optimistisch sein		1	1
38. Kein Salonlöwe, nicht so Typ "Frauenarzt"			
39. Nicht generell alles verbieten		1	1
40. Soll einem sagen, daß man mitarbeiten muß		1	1
41. Querulanten mit Strenge und Konsequenz aus der Praxis entfernen		1	1
42. Nicht so überlastet sein u. nicht darüber stöhnen, wie viel er zu tun hat, sich nicht überfordern	1	1	2
43. Nicht dadurch Brücke schlagen wollen, daß er mich nach persönli- chen Dingen ausfragt		1	1
44. Einen nicht so lange warten lassen	1	1	2
45. Barzahlende Patienten nicht hofieren und festhalten		1	1
46. Soll sich nicht verleug- nen lassen, z.B. nachts		1	1
47. Soll den Patienten an- gucken, wenn er spricht, nicht irgend- was dabei schreiben		1	1

	A)	II) 1.	Summe: aus A + II) 1.
48. Nicht viel fragen		1	1
49. Vom Patienten nicht zu viel verlangen, z.B. nicht zu früh aufstehen lassen		1	1
50. Älter sein, Reife, väterlicher	5	1	6
51. Alter spielt keine Rolle		1	1
52. Arzt, nicht Ärztin bevorzugt	1	1	2
53. Ärztin bevorzugt, nicht Arzt		1	1
54. Nicht tuntig sein, modern		1	1
55. Nette äußere Erscheinung, kein kleiner Buckeliger, sympathisches Äußeres	1	1	2
56. Nicht vor ansteckenden Krankheiten ekeln		1	1
57. Soll mit Kindern umgehen können		1	1
58. Immer bedenken, daß Patienten Kranke sind, Fingerspitzengefühl haben, Menschen als Ganzes sehen	1	1	2
59. Nicht gleich "Du" sagen		1	1
Nur zu Anfang, also unter A) wurde außerdem noch folgendes gesagt:			
60. Soll röntgen oder röntgen lassen	1		1
61. Soll die Weiche zum Facharzt stellen	1		1
62. Nur e i n Hausarzt soll behandeln, nicht mehrere Spezialärzte	1		1
63. Soll nicht übelnehmen, wenn Patienten ängstlich sind	1		1

Es folgt der Wunsch, der Arzt möge "ein großes Wissen und Können, fachliche Qualifikationen haben , guter Diagnostiker sein, manuell geschickt sein, etwas von seinem Fach verstehen, up to date sein, viel Erfahrungen haben, auf dem neuesten Stand der Wissenschaft stehen, vielseitig orientiert sein, über sein Fachgebiet hinaus auch sonst sehr gut in der Medizin Bescheid wissen" mit 9 Stimmen. "Daß man Vertrauen auf seine Fähigkeiten haben kann", ist ebenfalls in diese Rubrik eingeordnet. Hingegen wird hier "Vertrauen in seine menschlichen Qualitäten" extra aufgeführt (unter 8 in Tab. I). Das wünschen sich ebenfalls 9 Vpn. bei der Anfangsfrage A). Es folgen: Kontaktnahme, Ruhe, Zuhören können (unter 3., 9. und 10.) jeweils 6 mal, Wahrheit sagen, erklären (unter 11., 26.) jeweils 5 mal.

Übrigens wird in Test I, wo "Zeit" und "Vertrauen" nicht angeboten werden, "weiß und kann viel" am häufigsten (13 mal) als die wichtigste Eigenschaft angegeben. Es besteht also eine Übereinstimmung zwischen Interviewfragen A und Test I (7). Vergleiche zwischen der Anfangsfrage A) und der gleichen Frage als Wiederholung II)1. sollen hier nicht angestellt werden, weil manche Vpn. sich einfach wiederholten und Neues hinzufügten, andere das einmal Gesagte wegließen, es aber weiterhin als das Wichtigste ansahen, also darüber Betrachtungen anstellen, daß z.B. das "Wissen" zu Anfang nur 9 mal, dann 15 mal erwähnt wird, während z.B. die "Zeit" zuerst 14 mal, dann nur 12 mal erscheint und das dahingehend zu deuten, daß bei näherer Betrachtung das Wissen doch höher veranschlagt wird, während Zeithaben an Bedeutung verliert, erscheint ziemlich gewaltsam. Es kann auch so sein, daß den ersten Einfällen in Folge der Spontaneität eine größere Affektbesetztheit zukommt, und sie deshalb für das wirkliche Verhalten und das Wunschbild viel mehr Gewicht haben. Hier sei nur festgestellt, daß bei II)1. "Wissen" mit 15 an der Spitze liegt, gefolgt von "Zeit" mit 12. Bei Addierung -

A) und II) 1. - ergibt sich, daß		
Zeit	26 mal	
Wissen	24 mal	
Kontaktaufnahme	18 mal	
Vertrauen	15 mal	
Bemühtsein	11 mal	
Ruhe	11 mal	
zuhören	11 mal	erscheinen.

Im Test I (siehe graphische Darstellung im Anhang) erfährt "gründlich" die höchste Bewertung (gründlich 6 mal 12, 10 mal 11). Da keine Frage bezüglich "Zeithaben" im Test I enthalten ist, kann - und das ergibt sich auch aus den Erläuterungen der Vpn.- "gründlich" in Beziehung auf "Zeithaben" gesetzt werden. Es folgt auch hier im Test - wie im Interview - "Wissen und Können". Dann schließen sich auf gleicher Stufe stehend "beruhigend" und "freundlich" an. In den Interviews stehen beruhigend und freundlich ebenfalls fast gleich (11 und 10). Widersprüche haben sich nicht ergeben, wohl aber Übereinstimmung. Betrachtet man nun nur allein die Zahl der Stimmen, die sich für "großes Wissen und Können" ergeben haben und vergleicht sie mit "Kontakt", dann könnte man zu dem falschen Schluß kommen, daß die Patienten besonders an der Wissensseite interessiert seien. Damit wäre der fachlichen Seite noch mehr das Wort gesprochen, als dies ohnehin heutzutage - und schon seit vielen Jahrzehnten - u.a. auch in der Ausbildung des Mediziners geschieht. Richtet man sein Augenmerk auf

a l l e hier genannten Eigenschaften, so stellt man fest, daß weit mehr Aussagen zu der "menschlichen Seite" gemacht werden. Faßt man alle Aussagen zur "menschlichen Seite" zusammen, so kommt man auf 74 Stimmen, während alle Aussagen zur "Wissensseite" nur 37 Stimmen ausmacht.

Also:

Menschliche Seite:

3. Kontaktnahme, aufgeschlossen, leutselig sein, persönlicher Kontakt, warm werden können, menschlich sein	18
5. a) Interesse für den kranken Menschen	10
8. Vertrauen erwecken, daß man Vertrauen bekommt	15
10. Zuhören können, einen ausreden lassen	11
15. Daß man keine Nummer (Karteikarte, Fall) ist	7
19. Seelsorger, seelisches Heilen, seelisches Sehen	4
36. Mut machen, Zuspruch, Rat erteilen	2
zusammen:	74
	====

Wissensseite:

1. Großes Wissen und Können, fachliche Qualifikation, guter Diagnostiker	24
5. b) Interesse haben für Krankheiten	2
14. energisch, tatkräftig sein, rasch handeln, Führungsqualitäten haben, Verantwortung auf sich nehmen	6
33.-	
35. Medikamentenfrage	3
59. röntgen	1
60. soll die Weiche zum Facharzt stellen	1
zusammen:	37
	====

Bei der Frage nach den Wünschen bezüglich körperlicher Eigenschaften [II]1.5], die später [14., 15., 16.] ähnlich noch einmal gestellt wird, gaben 16 Vpn. an, daß sie keine Wünsche haben. Eine Vp. ließ die Frage hier unbe-

antwortet. 3 Vpn. meinten, daß sie schon irgendwelche Vorstellungen und Wünsche hätten, sie aber nicht genau formulieren könnten; es sei etwas Unbestimmbares, ihnen nicht Bewußtes. 3 Vpn. nennen hier "Sauberkeit", einer von ihnen außerdem noch "gesund und sympathisch". Eine Vp. sagt, daß es ein "großer, starker Mann sein sollte, ich aber bei einer kleinen, zierlichen Ärztin in Wirklichkeit bin, mit der ich sehr zufrieden bin". Eine Vp. bevorzugt eine Frau, eine Ärztin. Eine Vp. bevorzugt einen Arzt, einen möglichst sportlichen Mann. Übrigens stand dieses Verhältnis Arzt zu Ärztin auch bei den spontanen Antworten 1:1. Eine Vp. wollte ihn nicht "dick und wackelig", eine nicht "klein und buckelig". Also nur etwas mehr als ein Drittel hatte Wünsche bezüglich körperlicher Eigenschaften, und zwar auch nur bei direkter Frage danach. Spontan wurden Wünsche in dieser Richtung nur ein einziges Mal (Tabl. I unter 53) geäußert.

Die Frage II) 1.d.) Mitleiden, Mitempfinden, soll er sich in Ihre Lage versetzen können?

kann man in zwei Teile zergliedern.

15 Vpn. machen Unterschiede bezüglich "Mitempfinden", "Mitleiden" auf der einen Seite und "soll er sich in Ihre Lage versetzen können" auf der anderen Seite. Letzteres wird mehr bejaht. Beides wird nur von einer Vp. (28) bejaht und zwar sehr entschieden. Alle anderen Vpn. melden zumindest bezüglich Mitleiden, Mitempfinden, Bedenken an, wenn sie es nicht sogar völlig ablehnen. Eine Vp. (20) wünscht und "erwartet" es, fügt aber gleich hinzu, "aber das kann er wiederum nicht, dazu kommen zu viele Leute zu ihm". 9 Vpn. wünschen, daß er sich in ihre Lage versetzen kann. 4 Vpn. verneinen beide Teile der Frage. Bei einer Vp. bleiben beide Teile der Frage unbeantwortet. Als Begründung für die Verneinung dieser Fragen wird angegeben, "das sei zu viel verlangt. Schließlich sei es der Beruf (Vp. 24), wo käme er da hin." Vp. 21 glaubt, daß es die

Patienten in der "Abwehr bestärken" würde, wenn er nicht mit ihnen leidet. Eine Vp. (19) meint, der Arzt würde "sterben", wenn er Mitleid hätte.

Das Wort Mitleiden, Mitempfinden wird im Allgemeinen nicht so akzeptiert, eher wünscht man sich "Anteilnahme", daß er sich kümmert, daß er auch mal außerhalb der Sprechzeit an den Patienten denkt, daß er Interesse hat, daß er tröstet, daß er zuredet, Rat gibt". Es kann auch sein, daß die Bedeutung des Wortes Mitleid unterschiedlich verstanden wird. Eine Vp. sagt dabei: "Ach nein, zu wehleidig darf ein Arzt nicht sein. Er braucht nicht schroff zu sein, aber was gemacht werden muß, muß er auch durchsetzen". (Vp. 22).

Bei den beiden Fragen nach dem Idealarzt A und II)1. konnten, da sie nicht sehr strukturiert gestellt wurden, die Vpn. auch viele eigene Ideen vorbringen.

Drei Vpn. kamen von sich aus auf das Suchtproblem. Zwei lehnten süchtige Ärzte ab, eine Vp. (5) "Ich habe gehört, mein Arzt soll Morphinist sein. Ich halte ihm trotzdem die Treue."

Eine Vp. (2) gab eine Typisierung von verschiedenen Facharztrichtungen.

Eine Vp. (25) hielt eine lange, drastische Rede darüber, daß die Ärzte so schlecht bezahlt werden, wie "ungelernte Arbeiter" II) 1. S.4 . Diese Vp. ist nicht Ärztin oder ärztliche Hilfskraft, sie ist gelegentlich freiberuflich als Sprecherin im Rundfunk tätig. Die gleiche Vp. übrigens beschwert sich sehr darüber, daß dem Patienten manchmal Röntgenbilder oder Arztbriefe verschlossen mitgegeben werden, damit der Patient sie an den behandelnden Arzt abgibt (S. 6 des Interviews von Vp. 25).

Bemerkenswert ist es, daß hier keine übertriebenen Forderungen an den Arzt geäußert wurden. Das soll aber nicht

heißen, daß sie im Unbewußtsein nicht doch vorhanden sind. Wollte man diese Frage klären, so müßte intensiver exploriert und mit indirekteren Methoden in tiefere Bereiche vorgestoßen werden. Auch dürften hierbei Unterschiede zwischen relativ Gesunden und Kranken bestehen. "Selbstaufgabe" oder "Opfer" oder "daß er immer für einen da sein muß", wurde nicht verlangt. Im Gegenteil, es ist nicht einmal bei allen Vpn. Voraussetzung, daß der Arzt zum Helfen da ist. Sie halten es jedenfalls für besonders erwähnenswert, daß der Arzt **b e m ü h t** sein soll, einem zu helfen.

Die Zahl der Wünsche schwankt bei den einzelnen Versuchspersonen stark. Eine Vp. (14) hat eigentlich nur **e i - n e n** Wunsch, nämlich den, er möge etwas Zeit für sie haben. Andere Vpn. haben sehr viele Wünsche (Vp. 12) z.B. hat 26 Wünsche nur allein bei der Frage A) und II) 1.

Frage I) Erfahrungen mit Ärzten

Die meisten Vpn. haben viele Erfahrungen mit Ärzten gesammelt. Eine Vp. (23) erklärt, daß sie wenig krank sei und deshalb wenig Erfahrungen mit Ärzten habe. Eine Vp. (15) meinte, daß sie darüber "Bücher schreiben" könnte. 8 Vpn. beginnen mit der Schilderung positiver Erlebnisse. Ebenfalls 8 Vpn. beginnen mit negativen Arztbegegnungen. Der Rest schildert mehr neutrale Begegnungen oder auch positive und negative oder auch das, was an einer Begegnung positiv und das, was negativ war, z.B. Vp. 26 "daß die Ärztin zu mir kam und mich nicht liegen ließ, war positiv, daß sie mir bei der Untersuchung sagte, ich solle nicht so jammern, ich könnte mich im Bett aufrichten, weil ich schließlich keine gebrochene Wirbelsäule habe, war negativ."

Vp. 15 klagte auch spontan darüber, daß ein Arzt sie "furchtbar angemeeckert" hat. "Nun klappern Sie nicht so

mit den Augenlidern", als er eine Geschwulst zwischen den Augenbrauen, über der Nase operieren wollte.

Vp. 27 erzählt, daß der Arzt anlässlich einer Mandeloperation sie angefahren habe: "Na, sitzen sie mal nicht so verkrampt da, es wird Ihnen schon nichts geschehen, wird ihnen nicht gleich der Kopf abgerissen."

Aber an der Spitze stehen auch wieder Klagen über die große Eile, die mangelnde Zeit. Mehrere Vpn. sagen, daß sie schon aus diesem Grunde nicht mehr zum Arzt gehen. Besonders gelobt wird es, wenn ein Arzt sich einmal Zeit genommen hat, oder wenn er einen Patienten außerhalb der Sprechstunde bestellt hat (Vp. 3 und 22 u.a.). Besonders groß ist der Ärger natürlich, wenn der Patient lange warten mußte und dann nichts gemacht wurde (Vp. 8 u.a.). Verständlicherweise werden auch unangenehme Untersuchungen, Behandlungen, Manipulationen geschildert (Vp. 7 u.a.). Vp. 4 (ein Mann) ärgerte sich besonders über die Diagnose "Vegetative Dystonie". Er spricht schon bei I)1. darüber, also nicht erst bei der Frage nach der negativen Arzterfahrung. Solche "psychischen Diagnosen" stoßen bekanntlich auch heute noch in unserer Gesellschaft auf große Widerstände. Selbst eine Vp. (9), deren Ehemann Psychotherapeut ist, reagierte sehr ambivalent, als ein bekannter Arzt eine Bemerkung über mögliche psychogene Ursachen bei ihr machte. Sie schildert etwas verschämt lachend bei der Frage nach der positivsten Arztbegegnung, daß er gefragt hat, "Wen sie denn nicht riechen könne". Sie verstrickt sich dann aber bei II)5. in Widersprüche, was ihr auch klar wird, was sie aber wundert und irritiert. Sie möchte es nicht wahr haben, daß im allgemeinen psychische Erkrankungen hier bei uns nicht akzeptiert werden.

Es wurden auch einige Aussagen von Ärzten geschildert, die etwa zum Thema "Mangelndes Einfühlungsvermögen" gerechnet werden können. Z.B. Vp. 11, eine einfache, nette,

ganz unkomplizierte und nicht anspruchsvolle Hausfrau sagt: "Schwiegermutter, die bei uns zu Besuch war, wurde vom Arzt kurz vor ihrem Tode schnell noch ins Krankenhaus gebracht. Der Arzt freute sich darüber und lobte sich: 'Na, da habe ich doch Maßarbeit geleistet'."

Ein weiteres Beispiel dafür, wie es auf die Patienten wirkt, wenn die Ärzte mehr ihr technisches Können sehen und darüber ihr Mitgefühl vergessen, gibt Vp. 12 [unter I) 4.S.2F]. Sie spricht von einer Frau mit einem Bein. "Als sie dran war und auf ihre Krücken gestützt zu ihm ging, kam er auf sie zu, haute ihr auf die Schultern und sagte: "Na, habe ich das nicht gut gemacht, daß ich gleich Ihr ganzes Bein abgenommen habe?". Vp. hatte die Frau nicht gefragt, was mit ihrem Bein vordem los war, aber dem Gesichtsausdruck nach zu schließen, war diese keineswegs glücklich darüber und stimmte dem Arzt auch überhaupt nicht zu. Es erschien völlig unangebracht, daß sich der Arzt auf diese Weise eine Bestätigung holen wollte. Daß er vielleicht sein aufkommendes eigenes Mitleid überspielen wollte und es im Grunde herzlich meinte, sei jedenfalls nicht zu erkennen gewesen.

Übrigens werden ähnliche Erlebnisse zum Thema mangelndes Einfühlungsvermögen und Überbewertung des Technischen auch in der Literatur angeführt. Z.B. in Pinner und Miller "Was Ärzte als Patienten erlebten", schildert Dr. Martin Grotjahn, wie ein Arzt eine Nierentuberkulose bei ihm vermutete und von den "interessanten Untersuchungen und Experimenten schwärmte", die er machen könne, um die Funktion zu studieren. Außerdem stellte sich dann noch heraus, daß die Vermutung nicht richtig war. Die Freude, daß einem als Arzt eine schwer zu stellende Diagnose oder schwierige Operation gelungen ist, wird vom Patienten nicht gestellt, wenn das für ihn eine schlimme Nachricht bedeutet. Das ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit,

wird aber offenbar häufig vergessen. Verständlich wird dies aus der Art und Weise des Medizinstudiums, wo das Einfühlungsvermögen nicht geschult und nicht bewertet wird.

Es wird auch hier I) 1. das Menschliche höher bewertet als die medizinische Leistung. Z.B. Vp. 6: "Im Dorf wird einkranker Arzt (Malaria) einem gesunden Arzt, der mehr leistet, vorgezogen. Ein Arzt, der menschlich ist, ist mir angenehmer als einer, der nur die körperliche Behandlung macht".

Vp. 21 erkennt ausdrücklich die großen Leistungen der Ärzte in russischer Kriegsgefangenschaft an, staunte darüber, mit wie primitiven Mitteln sie operierten, und was sie alles operierten, setzt jedoch hinzu: "Er hat auch mit uns gesprochen, weil er wußte, daß wir auch den Mut behalten mußten, daß wir nicht aufgeben durften, daß es darauf sehr ankam."

Auch wenn sich Ärzte "mal privat mit einem unterhalten" oder gar einmal ein Buch verborgen, wird das sehr geschätzt (u.A. Vp. 17 und 27).

Bei der Schilderung der positiven Arztbegegnungen wurden außerdem viele Eigenschaften genannt, die auch bei A) und II) zur Sprache kamen, und die in Tab. I zusammengefaßt sind. Besonders wurde erwähnt, wie tröstlich es ist, wenn man das Gefühl haben kann, er kommt gegebenenfalls zu einem, er verläßt einen nicht, man kann sich auf ihn verlassen, er ist da.

Bei der Schilderung der negativsten Arztbegegnung wurde von den beiden Körperbehinderten eine allgemeine Aussage gemacht, die auch in der Literatur erwähnt wird, und zwar in "Was erwarten wir vom Arzt" (Bes. in dem Aufsatz von Germaine Brunier "Umfrage einer Kranken unter Leidensge nossen" S. 91 f.).

Die Tatsache, daß die Menschen an einem chronischen Kranken das Interesse verlieren, ist verständlich, aber es sollte dem Patienten bei seinem behandelnden Arzt nicht so bewußt werden, damit nicht das vielleicht trostloseste Gefühl der Verlassenheit ihn zusätzlich zu seinem körperlichen Leiden kränkt. Vp. 28 stellt fest, daß die Ärzte immer alle kleineren Erkrankungen bei ihr gern behandelt haben, z.B. kleine Operationen gern gemacht haben und diese Begegnungen immer erfreulich waren, hingegen "verlieren die Ärzte, wenn etwas chronisch ist, oder kein guter Erfolg mehr zu erwarten ist, das Interesse und geben auf. Dabei könnte manchmal in dieser und jener Hinsicht noch geholfen werden, und wenn es auch nur Schmerzlinderung oder kleinere Hilfen sind, einmal abgesehen von dem Gefühl des Trostes und der Hoffnung." Wenn der Patient nicht aufgibt, sollte der Arzt eigentlich schon lange nicht aufgeben. Die wahrscheinlich negativste Arztbegegnung, die hier geschildert wurde, ist dem Schwerkranken und Schwerbehinderten (Vp. 5 S. 2) passiert: "Ich war am Stöhnen ... da sagte der Arzt: "Wenn es einem nicht gefällt auf der Welt, nicht einmal hier (Bad), dann sollte man sich einen Strick kaufen, die kosten nicht viel. Bäume gibt es auch genug, da kann man sich aufhängen!" Der Kranke, ein netter, für seine Verhältnisse ungewöhnlich tüchtiger Mann, der zu der Zeit in den vierziger Jahren war, hatte ihn aufgesucht, um eine Linderung seiner großen Beschwerden zu erreichen. Er hat statt dessen nicht nur eine ausdrückliche Zurückweisung erhalten, sondern war in eine Versuchungs- und Versagungssituation größten Ausmaßes geworfen worden. Selbstverständlich war ihm angesichts seiner Lage dieser Gedanke schon früher selbst gekommen, aber er hatte ihn bekämpft. Nun wurde ihm dieser Vorschlag gerade von der Person, von der er Hilfe erwartete, offen gemacht. Die Bitterkeit über die Verlassenheit dürfte schwerer wiegen, als die über die körperliche Unzulänglichkeit; dabei wäre diese Bitterkeit doch vermeidbar gewesen. Beide Vpn. und

auch die chronisch Tbc-Kranken von Germaine Brunier, und sie selbst - haben diese Erfahrung machen müssen und berichten, daß die chronisch Kranken auch von der sozialen Sicherung her allein gelassen werden. Vp. 28 sagt z.B. bei der Frage II)7.b) "Hatten sie schon einmal das Gefühl, der Arzt hat nicht genug für sie übrig, z.B. verschreibt nicht ausreichend genug?": "Nicht bei kleinen Sachen, Medikamente im Wert so bis zu 15 bis 20,-- DM verschreiben sie schon im Quartal, aber wenn es sich um was Ernstes handelt, dann wird es immer schon schlechter. Wenn jemand chronisch krank ist, wird es auch heute noch im Zeitalter des großen Sozialismus kritisch." Vp. 5 (S. 6) "Wenn man Betteln muß, ist das furchtbar." Ein gesunder Frührentner (Vp. 19), jetzt 65 Jahre, aber Rentner seit dem 45. Lebensjahr hingegen mit 800,-- DM netto Rente und keinen Verpflichtungen, bekommt seine Abführpillen anstandslos von der Kasse und ist sehr entrüstet, wenn er einmal etwas nicht haben kann (z.B. Bindegewebsmassage). Der arbeitende, schwerkranke Kyphoskoliotiker (Vp. 5) hingegen, hat keine orthopädische Versorgung, weil er zu viel zuzahlen muß und läuft Gefahr, nachts aus dem Bett zu fallen, weil er sich nicht - ohne Halt im Liegen zu finden - umdrehen kann. Übrigens beschwert sich dieser im Interview und auch sonst weniger, als z.B. der gesunde Frührentner (Vp. 19), der - auch ohne Erkrankung - ständig zum Arzt läuft. Die negativen Aussagen dieser Vpn. müßten also in der Auswertung ein ganz anderes Gewicht erhalten. Daß er sogar schon eine Beschwerde über einen Arzt bei der Krankenkasse erhoben hat, ist nicht so schwer zu nehmen, da er in Streit mit mancherlei Instanzen stand. Immerhin müssen Ärzte aber auch mit solchen Querulanten rechnen und wissen das. Es ist bekannt, daß ungerechtfertigte Forderungen gestellt werden. Ob sie ihnen nachkommen sollen oder nicht, ist nicht nur eine Frage, die die Ärzte selbst beantworten müssen, sondern wird auch direkt von den Vpn. folgendermaßen behandelt

(Vp. 12, S. 3): "Die Querulanten sollten sie dafür so mit der Zeit durch Strenge und Konsequenz aus der Praxis entfernen". Es wird auch Unmut über die vielen Bagatellfälle, die das Wartezimmer vollstopfen, geäußert und über die Rentner, die sich nur "aufwärmen" wollen. Vp. 14, 3, 28, 29 u.a. gehen deshalb meist nicht mehr zum Arzt.

Einige negative Arztbegegnungen sind auf mangelnde Untersuchung, schlechte Untersuchungstechnik, falsche Diagnose, unangenehme Therapie zurückzuführen. Zweimal wurde ein Bereitschaftsarzt kritisiert, weil er zu "autoritär" gewesen sei und weil er "kein Interesse gehabt hat, nicht einmal guten Tag gesagt hat". (Vp. 22) Einmal wird ein "fremder Arzt, ein Bereitschaftsarzt" gelobt. Militärärzte wurden gelobt und getadelt. Vp. 16 hatte sein negativstes Erlebnis im Krieg, als er keinen Genesungsurlaub bekommen hat trotz "Herzmuskelentzündung nach Scharlach". Dieser Arzt hatte zuerst eine verkehrte Diagnose gestellt und der Patient hatte darüber einmal eine Bemerkung gemacht. Im Zusammenhang mit dem fehlenden Genesungsurlaub fällt der vielleicht härteste Ausdruck aller Interviews: "Das war eine unerhörte Schweinerei!". Die damalige Wut klingt auch heute noch - nach 25 Jahren - durch. Dennoch hat diese Vp. eine eher positive Einstellung den Ärzten gegenüber als Grundtendenz behalten. Vp. führt das darauf zurück, daß er in der Kindheit einen Arzt hatte, den er in denkbar guter Erinnerung behielt. "Deshalb habe ich gefühlsmäßig eigentlich ein gutes Vertrauen zu den Ärzten. Aber durch die schlechten Erfahrungen bin ich enttäuscht worden". Wie schon im Kapitel B) 1. erwähnt, sehen mehrere Vpn. einen Zusammenhang zwischen ihrer jetzigen positiven oder negativen Einstellung zu den Ärzten und ihren frühkindlichen Erfahrungen. Vp. 3 "Mit dem habe ich immer alle weiteren Ärzte verglichen." Die Vergleiche fielen häufig negativ aus. Überhaupt werden die Hausärzte von früher sehr geschätzt. 14 Vpn. haben

positive Erinnerungen an den ersten Arzt ihres Lebens.
Vp. 15 "Ich habe ihn sehr geliebt, er hieß Dr. Mosse. .
Ich habe: 'Mein lieber Dr. Mösschen gesagt.' Leider mußte
er 1933 als Jude aus Deutschland weggehen. Da war ich sehr
traurig." Übrigens wird sehr häufig erwähnt, daß es ein
jüdischer Arzt war, der besonders nett, tüchtig, sorg-
fältig, freundlich war, mit dem man die besten Erfahrun-
gen gemacht hat.

Auf welche Weise I) 2a) und zu welchem Zweck (2b)
die Patienten zuletzt den Arzt aufsuchten, ist in folgender
Übersicht wiedergegeben:

I)	
2.a)	Anzahl
Zufall	10
Empfehlung	9
Überweisung	2
Sonstiges	2
privat gekannt	4
weiß nicht	3
2.b)	
Diagnose und Therapie	17
Rezept	4
Kur und Rente	4
Attest	1
Krankschreibung	2
weiß nicht mehr	2

<u>2.c) "Waren sie zufrieden?"</u>	Anzahl
ja	24
nein	5
unentschieden, weder noch	1

6. "Überwiegen ihre guten oder ihre schlechten
Erfahrungen mit Ärzten?"

Gute Erfahrungen	14
------------------	----

schlechte Erfahrungen	9
unentschieden, weder noch	7

Bei der Frage II)2. "Bejahen oder akzeptieren Sie sogenanntes Geniales oder außergewöhnliche Verhaltensweise an ihm?" stellte sich heraus, daß die überwiegende Anzahl das bejahte, und daß eine verhältnismäßig große Zahl unentschieden war, es nicht recht wußte, was damit gemeint war.

II)2.

ja	13
nein	7
unentschieden	10

Immerhin bejahten 13 Vpn. sogenanntes Geniales. Dämonische Züge und Versessenheit wurden jedoch von keiner Vp. bejaht oder akzeptiert. Eine Vp. unterschied Versunkenheit davon und akzeptierte sie. Unordentlich wurde von einer Vp. hingenommen. Auch die anderen Eigenschaften - wie Vergeßlichkeit etc. - wurden vorwiegend nicht bejaht und auch nicht akzeptiert. Am ehesten wurde noch "gelegentlich schlechte Laune" hingenommen. Ein Drittel konnte sich nicht bezüglich des ungewöhnlichen Lebenswandels entscheiden.

	Anzahl		
II)2.	+	-	()
a) Aufbrausen ...	5	22	3
b) Unordentlichkeit	1	25	4
c) Vergeßlichkeit	5	22	3
d) Dämonische Züge	0	24	6
e) Ungewöhnlicher Lebenswandel	5	15	10

Zur Frage II) 3. Anweisungen, Erklärungen:

10 Vpn. wünschen sowohl Anweisungen als auch Erklärungen. 13 Vpn. wünschen Erklärungen, 5 Vpn. nur allein Anweisungen. Des öfteren wird hinzugesetzt, daß Anweisungen und auch Erklärungen manchmal nicht verstanden werden. Z.B. Vp. 11: "Man kann manchmal Anweisungen gar nicht so

schnell erfassen, wie sie es sagen." Mangelnde medizinische Kenntnisse und Aufgeregtheit werden als Gründe angeführt.

17 Vpn. glauben, 'daß Ärzte im allgemeinen zu wenig erklären'. 5 Vpn. glauben das nicht. Die restlichen 8 Vpn. sind sich darüber nicht im klaren. Vp. 17 glaubt, daß die Ärzte nur i h r so wenig erklären würden, während sie sich anderen Patienten gegenüber ganz anders verhalten würden, denn diese könnten so sehr viel über Erklärungen ihrer Ärzte sagen; die anderen wüßten alle viel mehr Bescheid. Auf die Frage: "Verlangen sie Erklärungen, oder erhoffen sie nur insgeheim etwas über ihre Krankheit zu erfahren", erklären 18 Vpn., daß sie fragen würden. Von diesen 18 Vpn. fragen 4 Vpn. "nur ein bißchen" oder "eventuell", 3 Vpn. trauen sich erst jetzt etwas mehr zu fragen, während sie es früher gar nicht oder nur sehr wenig taten. 1 Vp. von diesen 18 Vpn. wünschen nur dann spontane Erklärungen von Seiten des Arztes, wenn es "nichts Ernstes" ist, oder die Krankheit schon so gut wie "überstanden" ist. Daß 5 Vpn. nur insgeheim erhoffen, etwas über ihre Krankheit zu erfahren, und 1 Vp. sowohl ein wenig fragt, als auch erhofft, weist daraufhin, daß immerhin ein Sechstel der Befragten mehr erhofften, als sie bekamen. Sie trauten sich aus der Scheu heraus nicht direkt zu fragen. (Die eine Vp., die aus Furcht vor einer eventuellen schlimmen Diagnose nicht fragen würde, ist hier herausgenommen, ist also nicht zu diesen 6 Vpn. hinzugerechnet). Daß ein gutes Sechstel eine solche Geheimmtheit offen zugibt, auf eine direkte Frage hin, also ohne indirekte, z.B. projektive Explorationstechnik, ist erstaunlich. Vermutlich dürfte diese Zahl in Wirklichkeit noch höher liegen.

Interessant ist übrigens auch, daß die jüngeren Leute (Vp, 10, 14, 23, 27, 30) am wenigsten wagten, die Ärzte

zu fragen, daß diese Vpn. am ehesten dahin neigen, nur auf Erklärungen zu hoffen, so ähnlich wie auch die Älteren erwähnten, daß sie sich in jüngeren Jahren weniger getraut hätten.

Zur Frage II) 4. Patriarchalisch, autoritär etc.

Aus der folgenden Tabelle geht hervor, daß knapp ein Drittel der Befragten einen patriarchalischen Arzt akzeptieren, teilweise sogar wünscht, und daß sogar zwei Drittel einen autoritären wünschen. Der Nimbus allerdings war weniger gefragt. Eine große Zahl wußte damit offenbar nichts anzufangen. Dieses Verlangen nach dem Genialen, Patriarchalischen, Autoritären weist vielleicht daraufhin, daß im Arzt noch immer etwas von einem geheimnisvollen Medizinmann gesehen wird und gesehen werden will, der etwas Außergewöhnliches, Machtvolles an sich hat. Dazu paßt allerdings nicht ganz, daß d) "Dämonische Züge, Art Versessenheit und Versunkenheit" nicht bejaht und nicht akzeptiert werden, und auch der Nimbus nicht hoch im Kurs steht.

II)

4.	Anzahl		
	ja	nein	unentschieden
a ₀) Patriarch	9	17	4
a ₁) Autoritär	19	7	4
a ₂) Nimbus	2	18	10
a ₃) Weißer Kittel	6	19	5
b) Gefolge im Krankenhaus	4	21	5

Weder durch qualitative noch durch quantitative Analyse der Antworten der 5 jüngeren Vpn. 10, 14, 23, 27, 30 (unter 30.Lbj) läßt sich eine Aussage machen über allgemeine Ablehnung oder Zustimmung. Nur Vp. 10 lehnt mit aller Entschiedenheit "autoritär" ab; die anderen wollen 'ein bißchen Autorität', zögernd oder bejahen es eindeutig.

Einige sagen, daß man Unterschiedliches darunter verstehen kann.

Die Frage II) 5. Nach dem Ärzteteam

Beantworten

- 18 Vpn. mit 'ja'
- 7 Vpn. mit 'nein'
- 5 Vpn. mit 'unentschieden'

Allerdings waren Erläuterungen und Hinweise nötig. Es fehlte im allgemeinen eine Vorstellung davon, wie das wäre. Wenn man neben all den Facharztuntersuchungen einen Arzt hätte, zu dem sich ein intensiverer Kontakt herausstellen würde, dann wäre es gut. Manche Vpn. hatten Sorgen, daß sie "Ganz verlassen in einem Zentrum der Automation" (Vp. 4, 10) durch die Mühle gedreht würden.

Mit der Frage 6: Untersuchung im Liegen, Sitzen, Stehen

sollte einesteils auch eine Äußerlichkeit - ähnlich wie bei der Frage 10 nach der Praxiseinrichtung - erwähnt werden, andernfalls sind damit noch weit tiefergreifende Auswertungsmöglichkeiten gegeben. Wenn sich herausgestellt hätte, was nicht der Fall ist, daß z.B. eindeutig eine Untersuchung in der einen oder anderen Lage bevorzugt wird, so wäre es für den Arzt vielleicht leichter, den Patienten diesen Wunsch zu erfüllen, als beispielsweise einer seiner Verhaltensweisen zu ändern, wie z.B. mehr Verständnis aufbringen. Teilweise wurde diese Frage aus diesem Grunde in das Interview-Schema aufgenommen. Andererseits verbergen sich dahinter psychologische Fakten. Im Stehen kann der Mensch ganz anders 'auftreten' als im Liegen. Da ist er eine andere Persönlichkeit. Es könnten also auch Aussagen bezogen auf die Hingabebereitschaft oder -fähigkeit der Patienten gegenüber der ärztlichen Untersuchung versucht werden. Es ist übrigens interessant, wieviele Vpn. psychologische Begründungen für die von ihnen bevorzugte Lage

Beruf: (Mehrfachzählung)

Vertreter, wirtsch./kaufm. Beruf	11
akadem. Beruf anderer Fakultät	9
Mediz. Hilfsberuf ohne akadem. Ausbildung	5
Asozial	4
Handwerker	3
Techn.akadem. Beruf	2
Politiker	1

Hier, wie auch bei der Auswertung von Test IV, wurde besonders darauf geachtet, ob die Vpn. unbewußt hohe oder zu hohe Anforderungen an den Ärztestand stellen. In Test III wurde dreimal angegeben, daß der Beruf zu hart sei, allgemein zu viel verlangt wird - nicht nur intellektuell - und aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen werden mußte. Im Vordergrund standen: materiell-finanzielle Gründe, Befähigungsmangel und seelisch-moralische ethische Gründe.

In Test IV, Satz 1) "Der ideale Arzt sollte in seiner Freizeit ..."

wurde allein "Fortbildung" (also ohne Zusatz wie "Familie und Fortbildung") dreimal genannt. Im Vordergrund stand "Erholung suchen", sich der "Familie widmen, Hobbys pflegen".

Bei Satz 2. 'Man sagt allgemein, die meisten Ärzte werden wohl in ihrer Freizeit ...',

der die Vorstellung von konkreten Gegebenheiten spiegelt, tritt das Moment der Überforderung vielleicht etwas mehr, aber keineswegs eklatant hervor. "Arbeiten" und "Fortbilden" werden 11 mal genannt.

In Satz 3. 'Der mir liebste Arzt wird auf Reisen ...'

ist nur einmal die Rede von "Krankenhäuser besuchen" und zwar spricht die Arztfrau, Vp. 9, aus eigener Erfahrung. Sonst darf der "liebste Arzt" hauptsächlich ausspannen und

tun, was ihn erfreut.

Bei den drei ersten Sätzen - so könnte argumentiert werden - wollen vielleicht die meisten Vpn. aus eigenen Prestigegründen nicht als 'Unmenschen' auftreten, die wer weiß was von den Ärzten fordern. Es könnte auch eingewendet werden, daß die Vpn. mehr von ihrer eigenen verantwortlichen Stellungnahme hätten scheinbar entfernt werden können, indem z.B. die Frage formuliert worden wäre: "Die meisten Menschen sind der Ansicht, der ideale Arzt sollte in seiner Freizeit ...". Mit einer solchen Formulierung wäre es den Vpn. möglich gemacht, eigene Aggressionen deutlich werden zu lassen, indem sie sie anderen Menschen in die Schuhe schieben. Darauf kann gesagt werden, daß die Tests zunächst bei dieser Untersuchung - wie gesagt - eventuelle Widersprüche aufdecken und an tiefere Schichten der einzelnen Persönlichkeit heranzuführen sollen.

Bei der Auswertung von Satz 4. 'Die wenigsten Ärzte werden nach Feierabend ...'

wurde ausgezählt, daß 12 Vpn. der Meinung waren, daß "die wenigsten Ärzte nach Feierabend "Ruhe haben oder noch unternehmungslustig sein werden. Ebenfalls 12 Vpn. waren der gegenteiligen Meinung. Sie meinten also: "Die wenigsten Ärzte werden nach Feierabend noch gern arbeiten."

Bei Satz 5. 'Wenn er bei einem Kongreß in einer fremden Stadt nicht gerade beruflich beschäftigt ist, wird der Arzt ...'

tritt das Fachliche noch mehr zurück. "Mit Kollegen Erfahrungen austauschen" und "An seine Patienten denken" taucht nur insgesamt dreimal auf. Die "Sehenswürdigkeiten der Stadt" stehen im Vordergrund.

Es wurden also - wie gesagt - in den Interviews und den Tests viele Wünsche geäußert, aber überspitzte Anforderungen wurden nicht deutlich.

II) 8.α)

"Nehmen sie lange Wartezeiten in Kauf?"

ja	12 Vpn.
nein	13 Vpn.
0	5 Vpn.

8.β)

"Wie lange?"

Gar nicht	1 Vp.
bis 1/2 Stunde	4 Vpn.
bis 3/4 Stunden	3 Vpn.
bis 1 Stunde	5 Vpn.
bis 2 Stunden	5 Vpn.
über 2 Stunden	10 Vpn.
0	2 Vpn.

Lange Wartezeiten spielen vermutlich nicht so eine entscheidende Rolle. Siehe hierzu auch die Auswertung von II) 8.β), auf die nicht eingegangen werden soll, da sich keine Schwerpunkte ergeben haben.

1a	1b	2a	2b	1)
15	14	14	15	2

Frage 9a) "Auf welche Weise informieren Sie sich über den Arzt, den Sie aufsuchen wollen?"

Die meisten Vpn. sagten, daß es mit der Information schwierig bestellt sei. Man könne sich eigentlich wenig informieren, allenfalls bei Bekannten, Verwandten, Kollegen nachfragen, ob sie den betreffenden Arzt kennen, und was sie für einen Eindruck von ihm haben. Einige Vpn. erwähnten noch die Möglichkeit, durch einen anderen Arzt, z.B. den praktischen Arzt, den Hausarzt sich einen Facharzt empfehlen, bzw. sich zu ihm überweisen zu lassen. Diese Informationsquelle ist besonders geschätzt, ebenso wie die Meinungen von Krankenschwestern und Fürsorgerinnen. Aber immerhin, so wird mehrfach betont, seien dies alles nur

subjektive Beurteilungen. Man müsse immer seine Erfahrungen selbst sammeln. Für den einen sei der Arzt eben gut, für den anderen nicht. Man könne sich noch Namen, Anschrift und Facharztrichtung aus dem Telefon- bzw. Branchen-Adressbuch heraussuchen. Auch das Arztschild an der Tür wird spontan genannt, wenngleich es für die meisten Vpn. wenig Bedeutung hat.

Die Frage 9.b): "Möchten Sie besser über ihn in Kenntnis gesetzt werden, bevor sie das erste Mal zu ihm gehen?"

wird von der überwiegenden Zahl, nämlich von 16 Vpn. bejaht:

II) 9.b)

<u>Ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
16 Vpn.	12 Vpn.	2 Vpn.

Spontan klagen übrigens interessanterweise die meisten Vpn. nicht über diesen Mangel an Informationsmöglichkeiten. Sie nehmen es eher als eine nicht zu ändernde Tatsache hin. Auf welche Weise man besser informiert werden könnte, wissen die Wenigsten. Einige machen Vorschläge: (Vpn. 25) "Wenn es ein Auskunftsbuch über Ärzte gäbe, wäre es herrlich. Wenn dann drin stünde, das und das hat er gelernt und die und die Erfolge gehabt. Wenn man sich so informieren könnte und der Doktor einem dann auch noch persönlich gefallen würde, dann wäre es ein Doktor auf Lebenszeit und für die ganze Familie. ..."

Vp. 30 sagt, daß es möglicherweise ärztliche Beratungsstellen gibt, die Auskunft geben könnten über Ärzte, vielleicht beim Gesundheitsamt. Sie sollten einem raten, zu wem man gehen soll, wenn man z.B. Rückenschmerzen hat. Das sei "wegen des Krankenscheines einfacher, als wenn man erst zum praktischen Arzt geht, und dieser eine Überweisung schreibt. Diese Beratungsstelle sollte aber keine Auskunft darüber geben, wer gut ist, denn dann würden alle

zu einem guten Arzt laufen".

Einige Vpn. sagen, daß man gelegentlich in Zeitungen und Zeitschriften Artikel über einzelne, meist berühmte Ärzte lesen kann. Auch die Anzeigen 'Vom Urlaub zurück', 'Praxis-eröffnung' wären erlaubte Reklame, während sonst ein Arzt ja keine Reklame macht. Vp. 7 möchte vordem wissen, ob er jung oder alt ist, erfahren oder nicht, Dozent an der Universität, Chefarzt oder Oberarzt an einer Klinik und an welcher Klinik - wegen des Rufes der Klinik - Schüler welches Professors, ob er Dr. habil. ist. Dann auch, ob man mit ihm sprechen kann, ob er grob ist, und ob er sich Zeit nehmen wird. Auf dem Arztschild solle soviel wie möglich stehen.'

Vp. 19 hätte es gern, wenn die AOK Auskunft geben würde. Vp. 20 würde gern am Haustürschild 'Frühdiagnostik für Krebs' lesen, wenn der Arzt das könnte. Mehrfach (u.a. Vp. 14) wird gewünscht, daß die Sprechzeiten auch im Telefon- bzw. Branchen-Adressbuch angegeben sein mögen.

Vom Arztschild wird im allgemeinen erwartet, daß es ein weißes Emailleschild ist, auf dem Name, Titel, Facharzt-richtung und Sprechzeiten, evtl. noch 'Alle Kassen' steht. Vp. 28 berichtet, daß sie ein Messingschild wegen der rötlichen Farbe einfach nicht als Arztschild erkannt habe. Obgleich sie wußte, daß der Arzt dort ungefähr wohnen müßte, fand sie ihn zunächst deshalb nicht. Vp. 22 meinte, es solle nicht zu hoch hängen, damit man es gut lesen kann. Sie habe in dieser Hinsicht einmal schlechte Erfahrungen gemacht, sie konnte die Sprechzeiten deshalb nicht entziffern.

Vp. 2 macht auf die englische Sitte aufmerksam, die früher auch eine französische Gepflogenheit war, nämlich gar kein Arztschild anzubringen oder nur den Namen aufzuführen. "Der Patient hat es noch schwieriger, aber er

ist ohnehin dem Arzt ausgeliefert. So geht es uns ja auch beim Rechtsanwalt. Man weiß ja auch nicht, auf welche Spezialgebiete er sich gelegt hat. Man kann da leicht an die völlig falsche Adresse kommen." Trotzdem lehnt diese Vpn., übrigens ein Arzt, zusätzliche Hinweise wie z.B. 'Herz und Kreislauf' ab, "weil es sonst uferlos werden würde ... Hinweise auf diagnostische Möglichkeiten empfinde ich schon als marktschreierisch". Die meisten Vpn. allerdings bejahen die Frage 9.c) 'Sollte es ihm gestattet sein, zusätzliche Hinweise auf seine Spezialgebiete zu machen?'

II) 9.c)	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
	23	4	3 Vpn.

z.B. sollte nicht nur 'Internist', sondern Spezialist für Leber- und Galle, Herz, Kreislauf oder Magen-Darm angegeben sein. Auch Hinweise auf diagnostische Möglichkeiten, besonders EKG und Röntgen werden sehr gewünscht.

Die meisten Vpn. glauben, daß alle Zusatzausbildungen auch auf dem Schild angegeben werden dürfen. Z.B. Vp. 16 "Ja, warum nicht? Sicher! Wenn die gesetzliche Regelung so ist, daß einer nicht gleichzeitig praktischer Arzt und Facharzt sein darf und das auch auf das Schild raufschreiben darf, dann halte ich das für blödsinnig."

Zur Frage 10. "Welche Wünsche haben Sie bezüglich der Praxiseinrichtung?"

Zwei Vpn. haben 'keine Wünsche'. Zwei weitere Vpn. geben zunächst 'keine Wünsche' an, sagen aber dann doch etwas. Zwei andere Vpn. sagen zunächst: "Wenig Wünsche". Spontan von vornherein selbst aufgeworfen haben nur sehr wenige Vpn. diese Frage.

Am häufigsten wird 'Sauberkeit' erwähnt und zwar neunmal. Auch abwaschbare Stühle, weißlackierte Möbel werden aus diesem Grunde, mehrmals genannt. Recht häufig werden moderne Apparaturen, Untersuchungseinrichtungen, Geräte

gewünscht. Es gibt aber auch einige Stimmen, die auf solche Geräte keinen Wert legen. Mehrere Vpn. möchten eine private Atmosphäre vorfinden, nicht an Klinik erinnert werden, besonders in der psychologischen Praxis (Vp. 4, 7, 28). Siebenmal werden auch "große Räume, genügend Platz" gewünscht. Auch genügend Sitzgelegenheiten sind nicht selbstverständlich. Drei Vpn. haben in dieser Hinsicht schlechte Erfahrungen gemacht, sie mußten schon stehen, Vp. 28 paradoxerweise bei einer Orthopädin. Hellhörigkeit wird bemängelt (Vp. 13, 28). Viermal wird "modern" genannt. Ausgediente, zusammengewürfelte Gartenstühle im Wartezimmer werden einigemal mißbilligt. Stahlmöbel werden einmal abgelehnt und einmal gewünscht. Polstermöbel werden zweimal gewünscht, einmal ausdrücklich abgelehnt. Diese Angaben sind übrigens spontan, es wurde nicht etwa danach gefragt. Zwei allein dastehende Wünsche sind: Man möge die Sprechstundenhilfe gleich zu Gesicht bekommen, nicht erst eine halbe Stunde im Wartezimmer sitzen müssen, ehe sie hereinkommt (Vp. 15). Die Sprechstundenhilfen sollen nicht bei der Untersuchung dabei sein.

Vp. 28 mag die kleinen Kabinen bei den Orthopäden nicht wegen der Hellhörigkeit und weil der Arzt nicht ausreichend genug untersuchen kann, da er den Gang des Patienten ohne Schuhe nicht richtig beobachten kann.

Frage 11. 'Haben Sie manchmal das Gefühl, der Arzt verharmlost Ihre Krankheit oder nimmt sie nicht schwer genug?'

<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
11	16	3 Vpn.

Eine Vp. (7) findet es positiv, wenn der Arzt die Krankheit verharmlost, "Er wünscht" einen gedämpften Optimismus". Man könnte doch auch in jeder Lage noch etwas Positives finden. Z.B. sei es besser, mit dem Kopf unterm Arm zum Arzt gehen, als wenn man ihn ganz und gar verloren hätte.

Die anderen Vpn. empfinden es als negativ, wenn der Arzt verharmlost. Vp. 17: "Ja, und dann weiß man nicht, ob man sich die Krankheit einbildet, oder ob es etwas Bösartiges ist". Vp. 28, die einmal einen Rückschlag bekommen hat, weil eine Ärztin ihre Krankheit nicht ernst genug genommen hat, sagt: "ja und zwar dann, wenn er nichts tun will, dann muß er verharmlosen, um den Patienten und sich selbst zu beruhigen." Vp. 5 glaubt, es stünde ein "bißchen Gleichgültigkeit dahinter". Vp. 24 meint, bei den Ärzten würde sich auch manchmal der Maßstab etwas verwischen, weil sie "ja auch schlimme Krankheiten zu behandeln hätten".

Frage 12., 'Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, der Arzt sage Ihnen nicht die Wahrheit oder nicht die volle Wahrheit?'

<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
14	14	2 Vpn.

Diese Frage und die vorige, zum Teil auch noch die folgende, werden von einigen Vpn. zusammengefaßt. Es besteht die Meinung, daß die Ärzte deshalb nicht die Wahrheit sagen oder deshalb verharmlosen, weil sie die Krankheit nicht erkannt haben (Vp. 12, 16, 26, 28). Vp. 26: "Diese Bagatellisierung kommt aus dem Unvermögen, das Leiden richtig zu erkennen." Ferner werden als Gründe für dieses ärztliche Verhalten mangelnde Zeit und Vergessen angeführt. Vp. 28 nennt noch Bequemlichkeit. "Es ist ja auch bequemer, nichts zu sagen, weil man als Arzt immer Gefahr läuft, dann eine sogenannte Szene hingelegt zu bekommen. Davor, daß sie dann trösten oder dem Todgeweihten oder seinen Angehörigen Beistand gewähren müssen, fürchten sie sich meistens... Außerdem umgeben Ärzte sich ja seit altersher ohnehin gern mit dem Schleier des Geheimnisses."

Frage 13.: 'Würden Sie bei lebensgefährlichen Krankheiten die volle Wahrheit wissen wollen?'

<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
15	3	12

Die hohe Zahl der Unentschiedenen (12) zeigt, wie schwierig dieses Problem ist. Hier ist auch nur die Meinung von Menschen aus relativ gesunden Tagen erfaßt. Manche sagen, daß sie nicht sicher sind, ob sie ihre Meinung im Ernstfall nicht ändern würden, ob sie dann nicht doch lieber nichts wüßten. Die meisten Vpn. mit den "ja"Stimmen geben an, daß sie noch einiges zu regeln hätten, u.a. für die Familie und daß sie noch die restlichen Tage schön und sinnerfüllt verleben möchten. Die meisten Vpn. wollen zwar eine lebensgefährliche Krankheit wissen, aber keinen raschen Tod vorausgesagt bekommen (Vp. 5 u.a.).

An dieser Stelle sei auch auf die umfangreiche Literatur zu diesem Thema verwiesen, u.a. auf Eugen Ansohn "Die Wahrheit am Krankenbett".

Frage 14. 'Spielt das Aussehen des Arztes bei Ihrer Wahl eine Rolle?'

<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
10	14	6 Vpn.

Die "0"Stimmen bedeuten: "Unbestimmt, weiß nicht, etwas, kaum, wenig, vielleicht unbewußt."

Am meisten wird gewünscht: "sauber und gepflegt".

Vp. 2, 4 und 21 wünschen keinen Filmarzt, Playboy, Typ Frauenarzt. Vp. 27 hingegen - eine junge Frau - wünscht sich mehr einen "Sporttyp".

Mehrere Vpn. nennen auch bei dieser Frage eher Verhaltensweise (z.B. Vp. 7 Ruhe, Sicherheit, etc.). Vp. 15 erwähnt,

daß sie sich im Krankenhaus vor einem Arzt mit "Holzbein" gegrault hätte. Aber das hätte nicht an dem Bein gelegen, sondern mehr an seinem sonstigen Aussehen und Verhalten. Er hatte so "komische Haare" und war "so kurz angebunden", riss die Tür so auf und stürzte so ins Zimmer.

Frage 15. 'Würden Sie auch zu einem körperbehinderten Arzt gehen?'

Alle Vpn. (bis auf Vp. 18 und 20) antworten rasch, ohne Überlegung, sehr spontan: "Ja". Viele setzen noch "unbedingt" oder "warum nicht" hinzu. Vp. 18 antwortet zunächst weder mit "ja" noch mit "nein". Bei genauerem Nachfragen jedoch nimmt sie mehr in Kauf als manche andere Vp., die zunächst sehr stürmisch bejaht hatte. Vp. 20, eine 66jährige alte, einfache Frau, ist am meisten von allen Vpn. auf Äußerlichkeiten bedacht. Sie meint, Bucklige seien jähzornig. Bei fast allen Vpn. muß Vl. nach der anfänglichen entschiedenen Bejahung weiter sondieren, da spontan nicht sehr häufig Differenzierungen vorgenommen werden. Bei dieser genaueren Nachfrage kommen schon eher Bedenken zum Vorschein.

	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>Bedenken</u>
Mit Armprothese	23	5	2
Ohne Armprothese	23	4	3
Mit Beinprothese	29	0	1
Ohne Beinprothese	20	5	5
Wirbelsäulenverkrümmung	24	5	1
Schwerhörig	8	12	10
Schwachsichtig	11	9	10

Aus der Tabelle ergibt sich, daß eine Beinprothese gar nicht abgelehnt wird. Schwerhörigkeit hingegen am meisten abgelehnt wird, auch am meisten auf Bedenken stößt.

Bei dieser Frage oder bei der folgenden werden von einigen

Vpn. noch spontan "Ansteckende Krankheiten wie Tbc., Hautkrankheiten, Sucht und Sprechfehler" genannt, die zur Ablehnung führen. Vier Vpn. (8, 16, 19, 28) werfen von sich aus die Frage auf, ob ein Arzt auch blind sein könnte.

Vp. 9 kennt einen blinden Internisten. Sie sagt: "Diagnose und Therapie können gut sein, aber auf die Dauer wird der Kontakt gestört sein". Vp. 28 meint, er könne Psychotherapeut sein. Vp. 19 sagt, daß der blinde Arzt besonders gut Blinde behandeln könne, weil er für solche Patienten das größte Verständnis hätte.

Überhaupt wird die Frage des gesteigerten Einfühlungsvermögens oder des größeren Verständnisses bei Körperbehinderten oder kranken Ärzten häufig spontan aufgeworfen; und zwar bevorzugten 7 Vpn. aus diesem Grunde den Behinderten. Also fast ein Viertel sagt, daß ein solcher Arzt "verständnisvoller, rücksichtsvoller, gütiger, sorgfältiger ist, den Patienten ernster nimmt, auch intensiver studiert, um besser helfen zu können" (Vp. 1, 8, 11, 14, 28, 29).

Solche Aussagen finden sich auch in der Literatur zum Thema Arzt-Patienten-Relation häufig.

2 Vpn. (nicht die selbst körperbehinderten) sehen die Problematik nicht nur aus ihrem eigenen Gesichtspunkt, sondern auch aus dem des Behinderten, und zwar sind das zwei der jüngsten Vpn. (27 und 14). Beide haben eine positive Einstellung. Vp. 27 sagte bezüglich Wirbelsäulenverkrümmung: "Ob ihm das nicht zu schwer fällt?". Vp. 14, eine Krankengymnastin, die also aus Erfahrung spricht, meint: "Allerdings muß er sich seine Praxis entsprechend einrichten, damit er es nicht so schwer hat." Sie setzt hinzu, was auch noch zwei andere Vpn. erwähnen, man könnte Hemmungen haben, "weil man Rücksicht nehmen muß". 4 Vpn. erwähnen das ästhetische Moment. "Er darf nicht zu entstellt sein" (Vp. 21, 22, 25, 26). Vp. 25 ist es bei

Wirbelsäulenverkrümmung "unheimlich".

Die beiden selbst körperbehinderten Vpn. bejahen die Frage, ob sie zu einem körperbehinderten Arzt gehen würden, auch. Bezüglich Schwerhörigkeit haben sie - wie die meisten - Bedenken. Vp. 28 würde aber nicht wechseln, wenn er im Alter schwerhörig geworden ist, und "ich ein Leben lang zufrieden mit ihm war". Sonst hängt die Einsatzfähigkeit von äußeren Gegebenheiten ab, meint Vp. 28. "Ob sich ein selbständiger Arzt seine Praxis so einrichten kann, daß er als Amputierter oder Gelähmter voll tätig sein kann, hängt auch vom Geld ab, das er besitzt. Es gibt viele Hilfen, also technische Hilfsmittel, aber für solche großen Ausgaben hat die Krankenkasse oder andere Kostenträger am allerwenigsten Geld". Bei Wirbelsäulenverkrümmung: "Er sollte von Staatswegen in die Lage versetzt werden, sich etwas mehr schonen zu dürfen. Das bißchen Steuerermäßigung ist völlig unzureichend."

Frage 16: 'Würden Sie auch zu einem chronisch-kranken Arzt gehen?'

a)	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
	18	8	4 Vpn.

Ähnlich wie bei der Frage nach Körperbehinderung wird auch hier von einigen Vpn. ein kranker Arzt nicht nur hingenommen, sondern sogar eindeutig bevorzugt. Vp. 11 zieht ihn sehr stark vor wegen des größeren Einfühlungsvermögens. Hingegen lehnt diese Vp. den körperbehinderten Arzt aus ästhetischen Gründen ab. 2 Vpn. sehen das von der Wissens- und Erfahrungsseite her als positiv an. "Es kann einem nützen, wenn er die betreffende Krankheit selbst hat". (Vp. 2, 19). Auch hier wieder wird unterschieden, ob man den Arzt schon längere Zeit kennt oder nicht (Vp. 16, 30).

Vp. 23 sagt: "Nein, das wäre mir unheimlich, wenn ein Arzt

sich nicht selbst helfen kann und dabei anderen helfen will. Das flößt kein Vertrauen ein. Er muß sich doch gesund machen können, schließlich hat er doch alle Möglichkeiten." Dieser Gedanke klingt auch noch bei anderen Vpn. durch (16, 2, 7), wenngleich sie auch zum gegenteiligen Schluß kommen, z.B. sagen: "Es ist keine berufliche Unfähigkeit".

Weitere Gründe für eine Ablehnung oder für Bedenken sind: "Weil er eventuell ausfallen würde, wenn man ihn braucht" (Vp. 18). "Weil er launenhaft wegen der Schmerzen sein könnte" (Vp. 12). Weil er einem "leid tut", und weil "es einem bedrückt" (Vp. 3, 15).

Auf die Frage: "Wie häufig darf er seine Praxis wegen "Grippe" geschlossen haben?"

antworten 8 Vpn. mit 'überhaupt nicht'. "Ein guter Arzt hat Mittel, mit denen er die Grippe besiegen kann", oder "Er kann sich ja impfen", oder "das habe ich noch nie erlebt", oder "den würde ich nicht nehmen". 4 Vpn. sagen: "so oft er die Grippe hat, so oft kann er auch geschlossen haben". Vp. 28: "Ich finde, daß es unzumutbar ist, wenn jemand mit Grippe weiterarbeitet. Das ist wohl in keinem Beruf der Fall, und ich verstehe gar nicht, warum man das immer den Ärzten zumutet."

Den anderen Vpn. ist es egal, es stört sie wenig, oder sie sagen: "So ein bis viermal pro Jahr kann er wegen Grippe geschlossen haben".

16b) 'Erwarten Sie, daß er mit Schnupfen weiterbehandelt?'

b)	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
	14	10	6 Vpn.

Es wird hierzu gesagt, daß es auf den Grad des Schnupfens ankommt und auch auf die Facharztrichtung. Bei einem

Kinderarzt und bei einem Augenarzt wird es abgelehnt.

16 c) 'Legen Sie Wert darauf zu wissen, an welcher Krankheit Ihr Arzt erkrankt ist?'

c)	<u>ja</u>	<u>nein</u>	<u>0</u>
	9	14	7 Vpn.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, verneinen 14 Vpn. die Frage. Einige von ihnen verneinen sie zunächst, bejahen sie dann aber. 4 Vpn. sagen: "Ja, aber ich würde nicht danach fragen" (Vp. 6, 12, 14, 20). 2 Vpn. sagen, daß sie nicht bei kürzeren, akuten Krankheiten des Arztes, wohl aber bei chronischen, etwas darüber wissen wollen. Vp. 28: "Ich weiß es nicht ... Es sollte einen freuen, ins Vertrauen gezogen zu werden, aber mich hat das etwas geängstigt. Ich hatte Sorge, er könnte vielleicht sein Kommen einstellen." (Als Vp. mit einer akuten Infektion lag, teilte ihr behandelnder Arzt ihr seine Nierenkolik mit.)

Test III und IV, die Projektionstests, sagen einesteils darüber aus wie die Vp. die Ärzte sieht, andernteils, wie sie sich selbst, auch in Gestalt des Arztes, sieht.

Tbl. III

Gründe/Motive für den Abbruch des Medizinstudiums:

(Mehrfachzählung)

materiell-finanziell	12
Befähigungsmangel	7
seel./moral./eth. Gründe	7
gesundheitliche, Beruf zu hart	3
sonstige	2

gegeben haben, z.B. Vp. 27 "am liebsten im Stehen. Im Liegen ergibt man sich irgendwie so". Mehrere Vpn. (z.B. Vp. 26) sagen: "Der Arzt muß sitzen, sonst würde man sich so gedrückt fühlen". Oder: "Sonst würde er noch eiliger wirken". Vp. 25: "Wenn man steht, dann fühlt man sich noch kräftiger und gesünder. Liegen hängt schon so mit Kranksein zusammen." Beim Liegen wird im allgemeinen angegeben, daß man da am "entspanntesten" ist. Einigen Vpn. ist es egal und zwar besonders, ob der Arzt steht oder sitzt.

II) 6.	Vpn.
Liegen	10
Sitzen	6
Stehen	5
Egal	8
Sowohl im Sitzen als auch im Liegen	1

Die Frage 7 a) "Möchten Sie, daß er Sie mehr reden läßt? Möchten Sie sich aussprechen? Haben Sie oft oder immer das Gefühl, er nimmt sich nicht genug Zeit für Sie?"

beantworten

- 11 Vpn. mit "ja"
- 7 Vpn. mit "nein"
- 4 Vpn. mit "weder noch / teils-teils".

7b) "Hatten Sie schon einmal das Gefühl, der Arzt hat nicht genug für Sie übrig, z.B. verschreibt nicht ausreichend genug?"

beantworten

- 10 Vpn. mit "ja"
- 5 Vpn. mit "nein"
- 5 Vpn. mit "unentschieden".

Dieser Fragenkomplex hätte in drei Teile geteilt werden können, was aber unterblieben ist, da er für manche Vpn.

eine Wiederholung dessen, was sie schon spontan gesagt hatten, darstellte. Mehrere Vpn. machten einen Unterschied zwischen "Der Arzt hat nicht genug übrig" und meinen die gefühlsmäßige Beteiligung des Arztes auf der einen Seite und "verschreibt nicht genug" auf der anderen Seite. Daß er nicht genug verschreibt, wird eher verneint, als daß er "für einen nicht so recht etwas empfindet".

Bei 7a) ist es so, daß die meisten Vpn. möchten, daß er sie mehr reden läßt. Daß sie sich aussprechen möchten, geben die wenigsten Patienten zu. Das hieße in ihren Augen ein Eingestehen von psychischen Schwierigkeiten. "Haben Sie oft oder immer das Gefühl, er nimmt sich nicht genügend Zeit für Sie?", wird am meisten bejaht, also stärker als die beiden ersten Teile der Frage 7a).

Die Frage 8. Wartezeiten

ist ebenfalls schon oft spontan behandelt worden und wurde auch einmal im Zusammenhang mit der letzten Arztbegegnung direkt gestellt I) 1.d) . In der folgenden Tab. bedeutet 'ja' immer: "ja", ich muß eben lange Wartezeiten in Kauf nehmen, auch wenn ich das nicht gerne tue". 'Ø' bedeutet nicht nur unentschieden', sondern auch 'ich brauche nicht zu warten' (das sind die Vpn., die einen Termin bekommen aus verschiedenen Gründen).

Erstaunlich ist, daß 13 Vpn. zunächst angeben, daß sie lange Wartezeiten nicht in Kaufnehmen, daß dann aber 10 Vpn. mehr als zwei Stunden warten. Unter "lange" ist eben auch Verschiedenes zu verstehen. Nebenbei bemerkt ist dies ein Beispiel dafür, wie wenig man auf allgemein gehaltene Aussagen geben darf. In einem Tiefeninterview wird nie bei Allgemeinplätzen stehen geblieben.

D) Zusammenfassung der Auswertungsergebnisse

Es wurden 30 Vpn. im Alter von 24 bis 70 Jahren zum Thema "Wie wünsche ich mir meinen Arzt" befragt und getestet. Die Auswertung erfolgt sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Analyse. Die Zahl der Wünsche, die jede Vp. angibt, ist recht unterschiedlich. Bei den spontan geäußerten Wünschen stand: "Er möge ausreichend Zeit haben, um zuhören zu können" im Vordergrund. Auch bei den geschilderten Erfahrungen mit Ärzten wurde besonders über zu knappe Sprechzeit geklagt. Umfangreiches Wissen und Können und Erfahrung werden hoch bewertet, aber höher noch die menschliche Anteilnahme, das Interesse für den kranken Menschen, das "Menschliche" schlechthin. Es wird nicht von vornherein als selbstverständlich vorausgesetzt, daß der Arzt "bemüht ist", sondern das wird als Wunsch geäußert. Er soll das Gefühl geben, daß jemand da ist. Er soll auch Schwerkranke und chronisch Kranke nicht aufgeben, nicht verlassen. Er soll Anteil nehmen und sich kümmern; aber Mitleid und Mitempfinden erwartet man nicht unbedingt. Außerdem kann vermutet werden, daß im Arzt immer noch etwas von dem geheimnisvollen Medizinmann gesehen wird und gesehen werden will. Bei der Frage nach den Erfahrungen mit Ärzten gibt fast die Hälfte aller Befragten an, daß sie gute Erfahrungen hätten. Berücksichtigt werden muß hierbei, daß die Interviewerin selbst Medizinerin ist, was den Vpn. bekannt war. Erfahrungsgemäß wird bei solchen Interviews aus Gefälligkeitsgründen manchmal mit der Kritik zurückgehalten. Aber auch bei der Frage nach der Zufriedenheit beim letzten Arztbesuch überwogen die positiven Antworten weit. Auch von der Gesamtheit der Interviews her, also auch bei den indirekten Fragen und beiläufigen Bemerkungen, ist eine im Ganzen recht positive Einstellung dem Arzt gegenüber zu verzeichnen.

Des öfteren wird ein Zusammenhang zwischen frühkindlichen Erfahrungen mit dem Arzt und der jetzigen positiven oder negativen Einstellung zum Arzt gesehen. Vergleiche zwischen Ärzten von früher und denen von heute fallen häufig negativ aus, und zwar auch von Vpn., die sonst die Vergangenheit nicht unbedingt nur idealisieren.

Außer den Klagen über die mangelnde Zeit werden solche laut, die Vorhaltungen betreffen, die Ärzte den Patienten machen, wenn diese ihre Angst zeigen. Mehrere Fälle sind geschildert worden, wo Patienten wegen ihrer Ängstlichkeit "angemeckert", ausgeschimpft worden sind. Daß der Arzt nicht übel nehmen soll, wenn Patienten ängstlich sind, wird auch direkt als Wunsch formuliert. Ein Arzt hat einem schwerkranken Körperbehinderten empfohlen, sich aufzuhängen, als dieser "jammerte", wie er sagte. Diese Art von mangelndem Einfühlungsvermögen wird auch in der Literatur öfter beklagt (Jean Rolin in "Was erwarten wir vom Arzt?").

Ferner wird Unmut über die vielen Bagatelldfälle geäußert, die das Wartezimmer vollstopfen.

Weitere Beschwerdeführung oder Äußerung von Ambivalenzen betreffen Diagnosenstellung über psychische Erkrankungen. Eine direkt gestellte Frage, die aber auch oft schon zuvor spontan von den Vpn. besprochen wird, betrifft die schwerwiegende Überlegung, ob man wünsche, bei lebensgefährlichen Erkrankungen die Wahrheit gesagt zu bekommen. Die Hälfte bejaht das, eine große Zahl ist unentschieden.

Von den Einzelfragen, die direkt gestellt wurden, seien hier nur noch einige herausgegriffen. "Erklären die Ärzte im allgemeinen zu wenig?" wird von knapp Zweidrittel bejaht. Ein Sechstel der Befragten geben freizügig an, daß sie sich nicht trauen, den Arzt um Erklärung zu bitten oder zu fragen.

'Würden Sie gern sich von einem Ärzteteam untersuchen lassen?' wird von knapp Zweidrittel bejaht. Ein Drittel der Befragten würde länger als 2 Stunden warten. Die Informationsquelle über den Arzt ist spärlich und besteht hauptsächlich im Befragen von Bekannten. Hinweise auf Spezialgebiete des Arztes sind sehr erwünscht, und es wird im allgemeinen als selbstverständlich erachtet, daß jeder Arzt alles, was er gelernt hat, und was er an diagnostischen und therapeutischen Hilfsmitteln besitzt, auch auf dem Arztschild aufführen darf.

Zu der Frage, ob sie auch zu einem körperlich behinderten Arzt gehen würden, sagen alle Vpn. rasch "Ja", ziemlich ohne Überlegung und ohne Zusätze oder Einschränkungen. Erst auf ausdrückliches, genaues Abfragen der einzelnen Arten der Körperbehinderung kommen Bedenken zum Vorschein. Zu einem chronisch kranken Arzt würden zwei Drittel gehen. Einige ziehen ihn vor wegen des größeren Einfühlungsvermögens, und weil sie meinen, er weiß mehr über die betreffende Krankheit, hat sich mehr mit ihr beschäftigt. Die anderen lehnen ab, weil sie das Gefühl haben, er sei beruflich nicht gut genug, weil er sich nicht selbst gesund machen kann, oder auch, weil er im entscheidenden Moment wegen Krankheit ausfallen könnte.

Die Tests, die über die erwünschten und erwarteten Eigenschaften bei Ärzten aussagen, ergaben keine Widersprüche zu den Interviews. Im einzelnen konnten die Tests noch zu Klärungen der Einstellungen der Betreffenden Vp. herangezogen werden, z.B. bei Vp. 1, die der Vl. unbekannt war. Allein aus dem Gespräch war nicht deutlich geworden, ob die betreffende Vp. allgemein überhöhte Anforderungen an sich und die Umwelt stellt, oder ob sich das besonders auf den Arztberuf bezog.

Auf die Frage, ob im allgemeinen überhöhte Anforderungen an den Arzt gestellt werden, wurde bei der Auswertung der

Interviews und auch bei Test III und IV ein Augenmerk gerichtet. Es konnte nichts Diesbezügliches eruiert werden, was - wie gesagt - nicht heißen soll, daß solche Forderungen doch mehr oder weniger bewußt oder unbewußt gestellt werden.

Da den Vpn. Spielraum gegeben war, auch eigene Ideen zu äußern, kamen sie auf Fragen, die nicht im Schema vorgesehen sind. Hier seien nur abschließend einige, besonders interessante Einfälle erwähnt:

Briefe oder Röntgenaufnahmen sollten nicht im verschlossenen Umschlag den Vpn. mitgegeben werden für den behandelnden Arzt. Sie sollten dann mit der Post geschickt werden oder offen sein, damit der Patient es lesen könne.

Eine Befragte, die nicht selbst Ärztin ist, schimpfte sehr über die schlechte Bezahlung der Ärzte und machte einige daraus für die Patienten resultierende Mißstände dafür verantwortlich.

Drei Vpn. brachten das Thema 'Sucht' zur Sprache. Zwei äußerten sich darüber ablehnend, eine sehr tolerant.

Es soll nochmals daraufhingewiesen werden, daß hier nur nichtbettlägerige Personen befragt wurden. Eine Erhebung am Krankenbett direkt könnte durchaus andere Ergebnisse zeitigen, z.B. bei der Frage 'Wahrheit bei lebensgefährlichen Erkrankungen' oder auch bezüglich der Feststellung, daß keine überhöhten Forderungen an den Arzt gestellt wurden. Diese Arbeit kann also in erster Linie dem selbständigen Arzt dienen, indem er über die hauptsächlichen Wünsche der Patienten, die ihn aufsuchen, die zu ihm in die Praxis kommen, informiert wird.

E) Bedeutung der Meinungs- und Motivforschung für die
Medizin und weitere Möglichkeiten für ihre Anwendung.

Eine grundlegende Bedeutung hat die Meinungs- und Motivforschung dadurch, daß man mit ihr menschliche Verhaltensweisen und die Gründe dafür unter mannigfaltigen Gesichtspunkten feststellen kann. Viele Menschen, die Entscheidungen in irgendwelchen Situationen zu treffen haben, werden sich fragen, wie werden die Menschen darauf reagieren, wird die Maßnahme Sinn und Erfolg haben. Meinungen, subjektive Vorstellungen der Menschen über irgendwelche Personen, Dinge, Handlungen, haben in entscheidendem Maße Wirkungen im somatischen Bereich, wie viele Feststellungen, Beobachtungen und Versuche gezeigt haben. Auch darum geht es in der Medizin. Um bessere Erfolge in der Therapie zu erreichen, sollte man die Meinungen und Motive kennen. Dazu dient die hier dargestellte Methode. Außerdem können Meinungs- und Motivforschung auch davor bewahren, erhebliche finanzielle Mittel für ärztliche Behandlung, inklusive Medikamente, für Krankenhaus- und Kuraufenthalte, Bau von Krankenhäusern, Kuranstalten, für Aufklärungsarbeiten u.a. bei prophylaktischen, sozialmedizinischen, arbeitsmedizinischen Maßnahmen, inklusive prothetischer Versorgung, Unfallverhütung und Rehabilitationsfragen falsch einzusetzen.

Es wurde in dieser Arbeit erwähnt (siehe Seite 4, Kap. B)1, Fragebogen für die Interviews), daß die Sozialmediziner gern wissen möchten, warum sich die deutsche Bevölkerung so wenig aus prophylaktischen Gründen untersuchen läßt. Es kann mit Hilfe der Umfrageforschung festgestellt werden, was die Leute z.B. über Prophylaxe denken, und als Schlußfolgerung kann die Einflußnahme entsprechend gesteigert werden. Man kann auch - und das tut man besonders mit Tiefeninterviews und mit Probeinterviews - die Begriffsbildung der Menschen, also ihre Redeweise erfassen, und sie dann mit ihren eigenen Worten zu beeinflussen versuchen. Selbst-

verständlich kann auch das Studium der Meinungen und Einstellungen der Berufsgruppe Arzt für andere Instanzen von Interesse sein, z.B. zur Besserung des Verhältnisses Arzt zu Krankenkassen und anderen Versicherungsträgern. Meinungen von Ärzten und Patienten über behördliche Gesundheitsmaßnahmen, wie Impfungen, Anzeige meldepflichtiger Krankheiten, über Studienreform, hier besonders interessierend über Reform des Medizinstudiums, systematisch zu sammeln und quantitativ und qualitativ auszuwerten, kann manchen Irrweg ersparen. Die pharmazeutische Industrie bedient sich solcher Umfragen, nicht nur um werbewirksame Argumente zu finden, sondern auch um die verschiedenen Wünsche und Erwartungen, die sich an ein Medikament knüpfen, kennen zu lernen und ihnen Rechnung zu tragen. Besonders in den USA sind manche solcher Untersuchungen seit Kriegsende durchgeführt worden; u.a. hat Ernest Dichter ("Strategie im Reich der Wünsche", S. 149) durch Umfragen bestätigt gefunden, daß "eine gute Arznei noch besser wird, wenn sie der Arzt mit Begeisterung verabreicht". Nicht nur in der pharmazeutischen Industrie, der Wirtschaft und anderen Bereichen des öffentlichen Lebens wird in Zukunft die Umfrageforschung ihren festen Platz haben, sondern zum Zweck des besseren Verständnisses und damit der besseren Einflußnahme und Heilung der Menschen sollte sie auch ein fester Bestandteil in der medizinischen Forschung überhaupt werden.

Tiefenfragebogen

Ich mache zur Zeit eine Untersuchung über die Frage:
Wie wünsche ich mir meinen Arzt?

A) Würden Sie mir dazu ihre Meinung sagen?

(Vp. kurz reden lassen).

I)

1. Würden Sie mir über Ihre Erfahrungen mit Ärzten berichten?

2. Wie ist Ihre letzte Arztbegegnung verlaufen?

a) Auf welche Weise sind Sie zu ihm gekommen, oder er zu Ihnen?

(Zufall, Überweisung, Empfehlung etc.)

b) Zu welchem Zweck sind Sie zu ihm gekommen?

(Attest, Krankschreibung, Diagnose und Therapie eines Ihnen unbekannten Leidens, Verschreibung eines best. Medikamentes, einer Kur, Rente etc.)

c) Waren Sie zufrieden?

(Haben Sie das Gefühl, Diagnose und Therapie sind richtig?)

d) Wartezeiten

3. Wie ist Ihre positivste Arztbegegnung verlaufen?

Was gefiel Ihnen besonders? (Evt. weiter wie bei 2a, b, d)

4. Wie ist Ihre negativste Arztbegegnung verlaufen?

Haben Sie diesen Arzt nochmals wiedergesehen?

(Evt. weiter wie bei 2a, b und d)

5. Wie war der erste Arztbesuch, den Sie aus Ihrer Kindheit erinnern? (bitte erzählen Sie mir dazu alles, was Ihnen einfällt, auch wenn es Ihnen belanglos erscheint, oder Sie nicht sicher sind, ob Sie Ihre Erinnerung trügt).

6. Überwiegen Ihre guten oder Ihre schlechten Erfahrungen mit Ärzten?

II)

1. Wie wünschen Sie sich den idealen Arzt?

(Vp. reden lassen)

- a) Bezüglich charakterlicher Eigenschaften
- b) Bezüglich körperlicher Eigenschaften
- c) Bezüglich Verhalten zu Ihnen
- d) Bezüglich Mitleid, Mitempfinden. Soll er sich in Ihre Lage versetzen können?

Test I vorlegen (Eigenschaftstabelle)

2. Bejahen oder akzeptieren Sie sogenanntes Geniales oder außergewöhnliche Verhaltensweisen an ihm?

Bejahen oder akzeptieren Sie:

- a) Aufbrausen, Schimpfen, Türen knallen
- b) Unordentlichkeit
- c) Vergeßlichkeit
- d) Dämonische Züge, Art Versessenheit und Versunkenheit
- e) Ungewöhnlicher Lebenswandel, wie außereheliche, häufig wechselnde Freundschaften zum anderen Geschlecht.
- f) Gelegentliche schlechte Laune

3. Wünschen Sie nur knappe Anweisungen, wie Sie sich im Krankheitsfalle verhalten sollen, oder möchten Sie genau wissen, was Ihnen fehlt; wünschen Sie genaue Erklärungen? Glauben Sie, daß die Ärzte im allgemeinen zu wenig erklären? Verlangen Sie Erklärungen, oder erhoffen Sie nur insgeheim etwas über Ihre Krankheit zu erfahren?

4. a0) Akzeptieren Sie beim Arzt Patriarchentum (soll er sein wie ein gestrenger Vater, der ohne Erklärungen anordnet, und man befolgt?)

a1) Soll er, oder darf er autorität sein?

a2) Soll er sich mit einem Nimbus umgeben, einem Gefolge oder einem Standessymbol?

a3) Darf er nur im weißen Kittel sein?

b) Wünschen Sie sich im Krankenhaus den Chefarzt mit gro-

Dem Gefolge an Ihrem Bett? Oder würden Sie auch im Krankenhaus lieber in einem Zimmer allein mit einem Arzt sprechen?

5. Würden Sie gern von einem Ärzteteam, also mehreren Ärzten, untersucht und behandelt werden?
6. Wäre Ihnen die Untersuchung im allgemeinen am liebsten: im Liegen, Sitzen, Stehen (vorausgesetzt, sie ist in jeder dieser Haltungen gleich gut möglich). Sollte der Arzt stehen oder sitzen?
- 7.
- a) Möchten Sie, daß er Sie mehr reden läßt? Möchten Sie sich aussprechen? Haben Sie oft oder immer das Gefühl, er nimmt sich nicht genug Zeit für Sie?
- b) Hatten Sie schon einmal das Gefühl, der Arzt hat nicht genug für Sie übrig, z.B. verschreibt nicht ausreichend genug?

8.

- α) Nehmen Sie lange Wartezeiten in Kauf?
- Λ) Wie lange? Nehmen Sie längere Wege für kürzere Wartezeiten in Kauf?

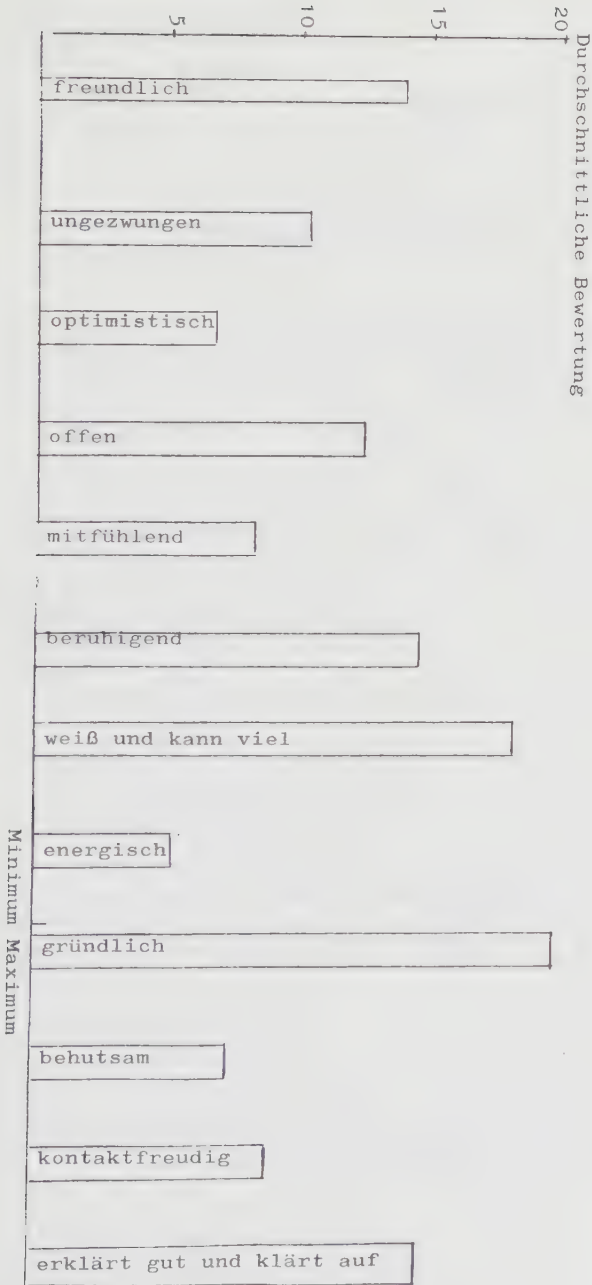
Welchen Arzt wählen Sie:

γ) <u>Der Arzt ist:</u>	<u>Für den Patienten hat er aber:</u>
1. bekannt und beliebt	lange Wartezeiten
unbekannt	kurze Wartezeiten
2. bekannt und beliebt	kurze Sprechzeiten
unbekannt	lange Sprechzeiten

9.

- a) Auf welche Weise informieren Sie sich über den Arzt, den Sie aufsuchen möchten?
- b) Möchten Sie besser über ihn in Kenntnis gesetzt werden, bevor Sie das erstemal zu ihm gehen? Wie erwarten Sie, daß das Arztschild an der Praxistür aussieht?
- c) Sollte es ihm gestattet sein, zusätzliche Hinweise auf seine Spezialgebiete zu machen?

10. Welche Wünsche haben Sie bezüglich der Praxiseinrichtung?
11. Haben Sie manchmal das Gefühl, der Arzt verharmlost Ihre Krankheit oder nimmt sie nicht schwer genug?
12. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, der Arzt sage Ihnen nicht die Wahrheit oder nicht die volle Wahrheit?
13. Würden Sie bei lebensgefährlichen Krankheiten die volle Wahrheit wissen wollen?
14. Spielt das Aussehen des Arztes bei Ihrer Wahl eine Rolle? Inwiefern?
15. Würden Sie auch zu einem körperbehinderten Arzt gehen?
Zu einem Armamputierten, Beinamputierten (ohne, mit Prothese, Krücken), mit Wirbelsäulenverkrümmung, zu einem Schwerhörigen, zu einem Schwachsichtigen?
16.
 - a) Würden Sie auch zu einem chronisch kranken Arzt gehen?
(Von dem Sie gehört haben oder z.B. auf Grund seines Aussehens schließen, er sei herzkrank, weil er blaue Lippen hat; oder er sei leber-gallekrank, weil er gelbe Haut hat o.a.) Wie häufig darf er seine Praxis wegen "Grippe" geschlossen haben?
 - b) Erwarten Sie, daß er mit Schnupfen weiterbehandelt, oder lehnen Sie das ab?
 - c) Legen Sie Wert darauf zu wissen, an welcher Krankheit Ihr Arzt erkrankt war, wenn er vorübergehend die Praxis geschlossen hatte?



Graphische Darstellung zu Test I

Maßstab 1 : 2

Anhang Tabelle II zu

Test II

Vp.

1-30

Wie ist der Mediziner Ihrer Ansicht nach außerhalb seines Berufes, also als Privatperson?

	1	2	3	4	5	
Denker	5	7	6	5	6	Praktiker
arrogant	3	3	16	4	3	devot
bescheiden	2	4	14	6	3	anspruchsvoll
großzügig	8	7	10	4	0	kleinlich
machthungrig	3	4	11	5	6	legt auf Macht keinen Wert
weich	0	3	14	8	4	hart
heiter	11	10	8	0	0	mürrisch
nachdenklich	12	6	7	4	0	oberflächlich
gütig	7	16	5	1	0	kalt
moralisch	9	10	7	3	0	unmoralisch

Literaturverzeichnis

1. Eugen A n s o h n , - Die Wahrheit am Krankenbett.
Anton Pustet, München, 1965
2. Karl Christian B e h r e n s , Demoskopische Marktforschung. Betriebswirtschaftlicher Verlag
Dr. Th. Gabler, Wiesbaden, 1961
3. Carl B i n g e r , Der Arzt und sein Patient.
Verlag Ernst Klett, Stuttgart, 1948
4. Ernest D i c h t e r , Strategie im Reich der Wünsche. Econ Verlag, Düsseldorf, 1961
5. Stuart, C. D o d d , Developing Demoscopes for Social Research in American Sociological Review,
Vol. 13, 1947
6. Martin G u m p e r t , Patient und Arzt.
Scherz und Goverts-Verlag, Stuttgart, 1954
7. Arthur J o r e s , Die Medizin in der Krise unserer Zeit. Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1966
8. ders. Vom kranken Menschen.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960
9. Albert K r e c k e , Vom Arzt und seinen Kranken.
J.F. Lehmanns Verlag, München, 1955
10. Elisabeth N o e l l e - N e u m a n n , Umfragen in der Massengesellschaft. rowohlts deutsche enzyklopaedie, Reinbek bei Hamburg, 1963
11. E. N o e l l e - N e u m a n n und E.P. N e u m a n n , Jahrbuch der öffentlichen Meinung 1958-64.
Verlag für Demoskopie, Allensbach und Bonn, 1965
12. Gabriel M a r c e l , Jean R o l i n u.a.,
Was erwarten wir vom Arzt? Hippokrates-Verlag,
Stuttgart, 1956
(Original: Q'attendez-vous du médecin?)
13. Vance P a c k a r d , Die geheimen Verführer.
Ullstein Buch Nr. 402, Frankfurt/Main-Berlin, 1957
(Original: The Hidden Persuaders.)

14. P i n n e r u n d M i l l e r , Was Ärzte als
Patienten erlebten.
Gustav Kilpper, Stuttgart, 1953
15. Joseph S c h u m a c h e r , Vom Wesen des Arztiums.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1957
16. S c h u l t e n , Der Arzt.
J. Thieme Verlag, Stuttgart, 1960
17. George H. S m i t h , Warum Kunden kaufen.
Verlag moderne Industrie, München, 1955
(Original: Motivation Research in Advertising
and Marketing.)
18. Erich S t e r n , Arzt und Patient in der Gegenwart.
Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1958
19. Erhard S t e p h a n , Methoden der Motivforschung.
Befragung und projektive Verfahren.
Verlag moderne Industrie, München, 1961
20. Friedrich T h i e d i n g , Der Arzt im Fegefeuer
der Massen. Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1961.

Lebenslauf

Am 5. 2. 1930 wurde ich als Tochter des Elektromeisters Josef A l d e r und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Bergemann in Berlin geboren. Vom 6. bis 10. Lebensjahr besuchte ich die Volksschule, vom 10. bis 18. Lebensjahr die Viktoria-Oberschule für Mädchen in Berlin; Abitur 1948.

Nachdem ich ein Semester an der Pädagogischen Hochschule studiert hatte, wurde ich 1949 an der Philosophischen Fakultät der Freien Universität Berlin immatrikuliert. Studienfächer: Psychologie, Pädagogik, Philosophie, Genetik, Physiologie, Theaterwissenschaft und Publizistik. 1953 Vordiplom für Psychologen.

1955 Diplom für Psychologen an der Freien Universität Berlin.

In dieser Zeit habe ich außerdem ein 6 semestriges psychotherapeutisches Studium absolviert.

Von 1956 bis 59 war ich freiberuflich als Psychologin tätig. Von dieser Zeit ab arbeite ich auch in der Meinungsforschung.

Von 1959 bis 66 studierte ich Medizin an der Freien Universität Berlin und bestand am 1. 8. 1966 mein medizinisches Staatsexamen mit Prädikat. Anschließend leistete ich meine Medizinalassistentenzeit ab und erhielt meine Approbation am 9. 9. 1969.

Meine medizinischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten:

Brosig, Bruntsch, Bücherl, Clemens, Coper, Dabelow, Fischer, Franke, Friedrich, Gansau, Gasteiger, Germer, Goerke, Görres, Günther, Haberich, Hammerstein, Harndt, Heim, v. Herken, v. Herrath, Hommerich, Höhn, Höring, Jagdschian, Klages, Kleberger, Krauland, v. Kreß, Lautsch, Lax, Loeschke, Maatz, Maßhoff, Michel, Naumann, Pezold, Remmer, Schettler, Schmidt, Schröder, Schütte, Schwarz, Selbach, Siebert, Spier, Stein, Stoboy, Straßmann, Thieß, Wiesener, Witt, Witzgall.

